

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR COSTANTINI

De la Conservation
de
l'Utérus
dans le traitement opératoire
des affections annexielles bilatérales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 1934

par

BRIGOL Henriette

Née le 17 Avril 1909 à Philippeville (Constantine)

MEMBRES DU JURY

M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale.....	Président
M. LOMBARD, Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie.....	Juges
M. COURRIER, Professeur (Histologie et Embryologie).....	
M. FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	

ALGER
IMPRIMERIE MINERVA
5, Rue Clauzel, 5
1934

De la Conservation de l'Utérus
dans le traitement opératoire
des affections annexielles bilatérales

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR COSTANTINI

De la Conservation
de
l'Utérus
dans le traitement opératoire
des affections annexielles bilatérales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 1934

par

BRIGOL Henriette

Née le 17 Avril 1909 à Philippeville (Constantine)

MEMBRES DU JURY

M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale.....	Président
M. LOMBARD, Professeur de Clinique (chirurgicale Infantile et d'Orthopédie.....	Juges
M. COURRIER, Professeur (Histologie et Embryologie).....	
M. FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	

ALGER
IMPRIMERIE MINERVA
5, Rue Clauzel, 5
1934

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN
DOYEN HONORAIRE
ASSESEUR

MM. LEBLANC (*, **, I. *).
HERAIL (*, I. *).
GILLOT (I. *).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique
Clinique médicale et Hygiène infantile ...
Clinique des maladies des pays chauds, des
maladies syphilitiques et cutanées
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale et puériculture du 1^{er}
âge
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-
pédie
Clinique médicale
Histologie et embryologie
Anatomie pathologique
Chimie biologique et médicale
Hygiène, hydrologie et climatologie
Physiologie
Pharmacie
Médecine légale
Anatomie
Microbiologie et cryptogamie
Physique médicale
Anatomie médico-chirurgicale et médecine
opératoire
Parasitologie et zoologie médicale
Chimie générale pharmaceutique et toxi-
cologie
Botanique et matière médicale
Pathologie générale et Clinique psychia-
trique
Thérapeutique

MM. N...
GILLOT (I. *).
RAYNAUD (*, **, I. *).
COSTANTINI (*, **, I. *).
LAFFONT (*, **, I. *).
LOMBARD (*, **, I. *).
AUBRY (*, **, I. *).
WEBER (*, **, I. *).
POUJOL (I. *).
MAILLARD (*, I. *).
N...
TOURNADE (O. *, **, I. *).
MUSSO (I. *).
GIRAUD (O. *, **, I. *).
LEBLANC (*, **, I. *).
PINOY (*, I. *).
PORTES (*, **, I. *).
CABANES (*, **, I. *).
SENEVET (**, A. *).
WUNSCHENDORFF (I. *).
FOURMENT (A. *, *).
POROT (A. *).
LEBON (*, **, A. *).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (**, A. *), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, **, I. *).

M. HERAIL (*, I. *).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-
femmes
Clinique d'oto-rhino-laryngologie

MM. FUSTER (*, **, I. *).
H. ABOULKER (*, **, A. *).

AGRÉGÉS

Chirurgie
Médecine
Physiologie
Anatomie
Chimie médicale
Obstétrique
Histoire naturelle pharmaceutique
Anatomie pathologique

MM. DUBOUCHER (I. *).
FERRARI (I. *).
MOGGI (*, I. *).
BENHAMOU (*, **).
LACROIX.
N...
RIBET (**, A. *).
N...
HOUEL (*, **, A. *).
N...
MONTPELLIER (I. *).

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie M. BATTEZ.

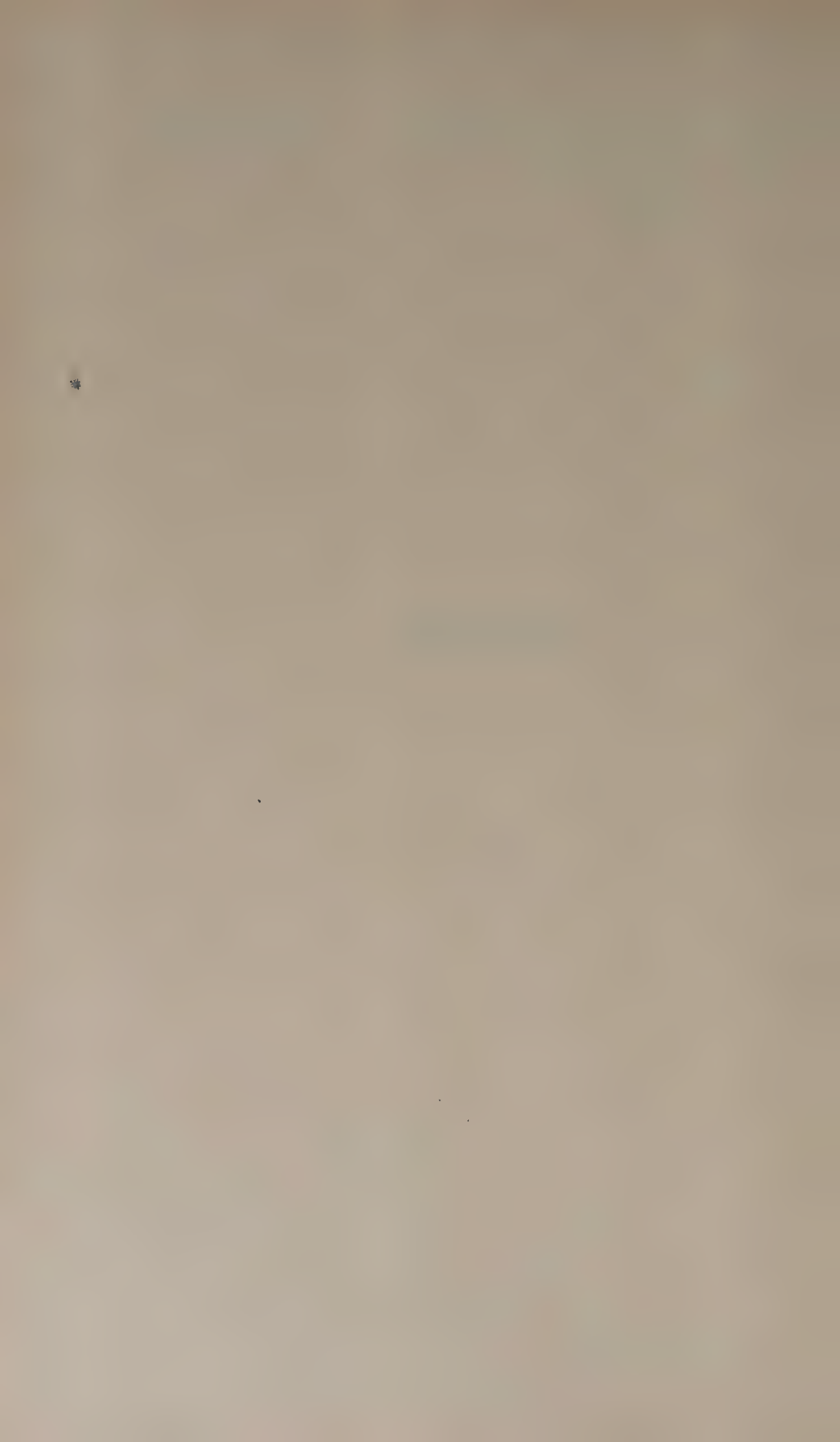
NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

Qu'il nous soit permis, au seuil de ce travail, d'exprimer notre profonde gratitude à notre Maître, Monsieur le Professeur COSTANTINI, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous en a fourni les éléments.

Nous remercions de tout cœur Ceux de nos Maîtres qui ont bien voulu nous aider dans notre tâche : Monsieur le Professeur COURRIER, dont les conseils nous ont été si précieux, Monsieur le Professeur CABANES et Monsieur le Professeur agrégé FERRARI, qui nous ont communiqué d'intéressantes observations, Monsieur le Professeur agrégé MOGGI.

C'est également pour nous un agréable devoir de témoigner notre vive reconnaissance à Ceux qui ont contribué à notre formation médicale et plus particulièrement à Monsieur le Professeur LOMBARD, qui fut notre premier Maître à l'Hôpital, Messieurs les Professeurs GILLOT et LAFFONT, Monsieur le Professeur agrégé BENHAMOU.

Introduction



Dans les débuts du traitement chirurgical des affections annexielles, l'utérus était toujours conservé; les opérateurs se bornaient à réséquer les annexes de chaque côté, à l'exemple de LAWSON-TAIT qui, le premier, enleva les annexes malades par la laparotomie (1872).

Mais PEAN, en 1887, eut l'idée d'accéder aux lésions inflammatoires salpingo-ovariennes par la voie vaginale, alors moins grave que la voie abdominale, et, le premier, pratiqua l'hystérectomie vaginale pour lésions annexielles préalablement diagnostiquées.

Lorsque POLK, en 1892, enleva l'utérus et ses annexes par la voie abdominale et que BALDY, l'année suivante, réalisa l'hystérectomie subtotale, la castration utéro-annexielle connut vite une vogue immense. De technique bien réglée, d'exécution facile, elle parut donner dans le traitement des annexites des guérisons plus constantes que l'opération de LAWSON-TAIT qu'elle ne tarda pas à supplanter; et l'hystérectomie devint le complément de toute ovariectomie bilatérale, que l'utérus fût sain ou malade, que les lésions annexielles fussent ou non de nature inflammatoire.

Si, dans les innombrables articles qui au cours des 25 premières années de ce siècle traitèrent des interventions conservatrices en gynécologie, on parla de la conservation de l'utérus après l'ablation bilatérale des annexes, ce ne fut pas pour la

défendre mais presque toujours pour la condamner. « Matrice sans ovaire et ovaire sans matrice, » dit ROUFFART, n'apportent à l'opérée aucun bénéfice au point de vue de la santé générale et « peuvent devenir la cause de douleurs et d'opérations secondaires » ; et MOCQUOT et DE ROUVILLE, dans leur rapport au Congrès français de Chirurgie (1926), se montrent tout aussi catégoriques : « En cas de lésions annexielles doubles nous complétons l'opération de LAWSON-TAIT par l'hystérectomie, supprimant un organe désormais mais inutile et souvent dangereux. »

La conservation de l'utérus n'apparaît légitime qu'avec celle de l'ovaire, et encore semble-t-elle dangereuse à bien des chirurgiens qui attribuent à la matrice la responsabilité des troubles inflammatoires observés parfois après cette intervention. Aussi BEUTTNER fait-il connaître, en 1908, un nouveau procédé d'hystérectomie partielle, réséquant avec les trompes, le fond utérin, siège d'élection de l'endométrite chronique. A partir de 1922, l'opération de BEUTTNER est préconisée en France, sous le nom d'hystérectomie fundique, par LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES qui en modifient légèrement la technique et en précisent les indications.

Mais en 1926, au Congrès français de Chirurgie, VILLARD discute la légitimité de cette intervention. Il affirme la régression spontanée de l'endométrite fundique après salpingectomie bilatérale et plaide pour la conservation intégrale de l'utérus. Bien mieux il défend, ainsi que MAYER, la conservation de l'utérus seul, après double annexectomie.

•

Quelques mois avant, son élève LABRY, dans sa thèse sur les opérations conservatrices dans les annexites bilatérales avait tenté de réhabiliter l'opération de LAWSON-TAIT en soulignant son efficacité prophylactique envers les troubles de la ménopause chirurgicale. En 1927, il ajoute, en collaboration avec MICHON, 2 observations aux 9 publiées dans sa thèse; les auteurs de ce travail se montrent partisans convaincus de la conservation de l'utérus seul : ils soutiennent son efficacité thérapeutique et étudient ses avantages statiques et physiologiques.

Dans les années suivantes, MOLIN et F. CONDA-MIN, COSTANTINI et SCHEBAT (1928), COTTE, SOLER-JULIA en Espagne (1931), WATRIN et BRABANT en Belgique (1932) préconisent cette intervention.

Enfin, au dernier Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, où fut étudiée la prophylaxie des troubles de la ménopause chirurgicale, les rapporteurs, MASSABUAU et GUIBAL, déclarent avoir recueilli, au cours de leur enquête, de nombreuses opinions favorables à la conservations intégrale de l'utérus avec ou sans ovaire.

Il semble donc que depuis quelques années une réaction se fasse en faveur de la conservation intégrale de l'utérus dans le traitement opératoire des affections annexielles bilatérales.

Chargée par notre Maître, M. le Professeur COSTANTINI, de défendre cette cause, nous rapportons les résultats éloignés de 31 interventions conservant intégralement ou partiellement l'utérus, dont 22 salpingo-ovariectomies bilatérales. Au cours de

cette étude, nous nous attacherons surtout à l'observation des faits cliniques car seuls ils permettent de juger en matière de thérapeutique. Reprenant les arguments que l'on a pu opposer à la conservation de l'utérus, nous diviserons notre travail en deux parties :

Première partie : la conservation de l'utérus est-elle aussi dangereuse qu'on le pense généralement ?

Deuxième partie : la conservation de l'utérus seul, après ablation bilatérale des annexes, est-elle inutile ?

CHAPITRE PREMIER

**La conservation de l'utérus
est-elle dangereuse ?**

La majorité des chirurgiens qui interviennent pour lésions annexielles bilatérales, craignent de conserver un utérus qui risque de devenir le siège de fibrome, de cancer et surtout d'entretenir des troubles inflammatoires.

Est-il légitime d'enlever l'utérus pour prévenir le développement éventuel de tumeurs utérines ?

Enlever l'utérus sous prétexte qu'il peut devenir le siège de tumeurs bénignes ou malignes, c'est poser un principe qui justifierait un grand nombre d'opérations dont la légitimité est plutôt contestable : Pourquoi ne pas enlever un sein parce qu'il peut devenir cancéreux ?

On peut diminuer les risques de cancérisation en renonçant à conserver un utérus sérieusement malade ou présentant des lésions susceptibles de subir ultérieurement une dégénérescence maligne (métrite cervicale au stade précancéreux, fibrome).

Seule d'ailleurs, l'hystérectomie totale mettrait complètement à l'abri du cancer utérin : l'hystérectomie subtotalaire ne peut prévenir l'apparition du cancer le plus fréquent, l'épithélioma du col. Certains auteurs pensent même qu'elle la favorise.

Quant au développement de tumeurs bénignes, de myomes, s'il a pu être signalé, il n'a que très exceptionnellement provoqué des troubles et, plus exceptionnellement encore, nécessité une hystérectomie secondaire. GILES, sur 109 femmes qui ont conservé leur utérus après salpingo-oophoréctomie bilatérale, ne mentionne que deux fois le développement ultérieur de noyaux fibromateux; dans un des cas d'ailleurs, ils ne provoquaient aucun trouble; dans l'autre, des hémorragies et quelques douleurs pelviennes nécessitèrent une hystérectomie.

Aussi n'est-ce pas là le principal argument que l'on oppose à la conservation de l'utérus.

Doit-on craindre la persistance de troubles métritiques ?

Ce que l'on craint surtout, c'est de laisser en place un organe enflammé, susceptible d'entretenir des pertes blanches ou purulentes, des métrorragies, des douleurs pelviennes ou lombaires.

Il est incontestable que le corps utérin est toujours infecté lorsque l'on a affaire à des lésions inflammatoires banales des annexes : la muqueuse utérine subit la première les atteintes de l'infection qui, de là, se propage aux trompes par la voie lymphatique ou, beaucoup plus souvent, par la voie muqueuse.

Puisque la maladie des annexes est consécutive à la maladie utérine, il semblerait que le traitement de l'affection annexielle ne puisse détermi-

ner une modification favorable de l'état de la matrice.

COHN, DÜRHSSEN, les premiers, LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES en France, ont insisté sur les lésions de métrite fongueuse et polypoïde qui prédominent dans la région du fond de l'utérus et compliquent constamment les salpingites bilatérales chroniques. Cette endométrite fundique, rebelle au traitement médical, persisterait après l'ablation des trompes malades et serait la cause d'écoulements leucorrhéiques, de métrorragies, qui imposent quelquefois la nécessité d'une intervention radicale ultérieure.

Ce serait là un argument péremptoire contre la conservation de l'utérus — conservation intégrale tout au moins — s'il était indiscutable : voyons quelle est sa valeur.

L'endométrite peut-elle guérir après l'ablation des trompes ?

Lorsque TUFFIER, après une salpingectomie unilatérale, a dû réintervenir de l'autre côté, il a toujours constaté l'intégrité du péritoine du côté déjà opéré ; c'est la preuve que l'utérus n'avait nullement réagi ; l'infection s'était propagée par la seule trompe restée perméable. Il estime d'ailleurs qu'il est vraiment trop simple de remédier par un traitement local aux accidents métritiques, s'ils existent, pour que l'on doive s'y arrêter.

CONVERT partage cette opinion. Il observe qu'après l'ablation du foyer inflammatoire annexiel

et, s'il y a lieu, le redressement de l'utérus par une ligamentopexie, l'infection utérine, qu'il juge d'ailleurs légère et accessoire, guérit facilement ou reste silencieuse : ainsi dans un cas, un utérus gros, métritique, fixé en rétroversion, qui fut découvert au cours d'un examen ultérieur, n'avait entraîné aucun trouble.

MARTIN, étudiant dans sa thèse inspirée par Pozzi les suites éloignées de l'opération de LAWSON-TAIT, conclut que les résultats obtenus sont presque parfaits; les douleurs ont disparu ou sont insignifiantes, les métrorragies qui persistent quelquefois sont « très souvent salutaires et toujours facilement modérées ».

GILES, sur 67 femmes chez lesquelles il a pratiqué cette intervention pour lésions annexielles inflammatoires, ne constate que 3 fois la persistance d'endométrite; encore n'a-t-elle jamais nécessité de nouvelle intervention. Lui aussi trouve dans un cas un utérus en rétroversion fixée, sans que cette déviation se soit autrement manifestée.

Pour VILLARD, si la maladie annexielle est bien consécutive à la maladie utérine, la trompe infectée entretient à son tour, par ses sécrétions septiques, l'inflammation de la muqueuse utérine et plus spécialement de la muqueuse du fond et des cornes. Il affirme que la métrite fundique régresse spontanément, après ablation des trompes et évidemment conique des cornes où peuvent persister des lésions de salpingite interstitielle. C'est également l'opinion de COTTE, d'ABADIE. « Il semble, dit VILLARD, qu'il se passe au niveau de la matrice « un phénomène analogue à celui observé par les

« urologistes, de guérison des lésions vésicales
« après néphrectomie pour lésions infectieuses. »

Ses élèves, MICHON et LABRY, ont publié les observations de 11 cas où l'utérus a été conservé seul, avec guérisons parfaites, et CAILLOT, exposant les résultats de la conservation intégrale de l'utérus avec un minime fragment d'ovaire, déclare n'avoir jamais observé de métrorragies ou de pertes purulentes, mais une guérison totale de la métrite du fond, après salpingectomie bilatérale complétée quelquefois par une ligamentopexie.

Notre Maître, M. le Professeur agrégé MOGGI qui, au cours de sa pratique chirurgicale n'a jamais abandonné l'opération de LAWSON-TAIT, a bien voulu nous dire qu'elle lui a toujours donné de bonnes guérisons.

Nous rapportons dans ce travail les résultats éloignés de 21 cas d'ablation bilatérale des annexes pour salpingo-ovarites, dont 3 conservations de l'utérus avec greffe ovarienne, pratiquée par M. le Professeur COSTANTINI. Nous avons pu faire 11 fois l'examen local: l'utérus a toujours été trouvé de volume normal ou inférieur à la normale. Une fois il était en rétroversion parfaitement réductible et indolente. Quelques opérées ont présenté des pertes sanguines, régulières ou isolées, qui n'ont jamais été d'abondance excessive, mais ont eu une heureuse influence sur leurs troubles neuro-vasculaires.

14 femmes étaient parfaitement guéries lorsque nous les avons revues. Si 4 autres présentaient de la leucorrhée et de légères douleurs pelviennes ou lombaires, ces troubles étaient dûs 3 fois à

une *métrite cervicale* avec paramétrite : un traitement approprié (cautérisation au néo-Filhos, pansements glycerinés) amena facilement leur disparition dans les deux cas que nous avons pu traiter (obs. 10 et 11).

Un autre femme (obs. 8), qui souffrait encore du ventre, présentait de chaque côté de l'utérus de petites masses adhérentielles : les douleurs disparurent après douze séances de diathermie.

Ainsi, les phénomènes inflammatoires utérins semblent régresser après résection des trompes infectées.

Comment expliquer la persistance de troubles métritiques dans certains cas ?

Cependant, il est incontestable que l'on a eu à déplorer, dans les suites d'interventions conservatrices où l'utérus a été laissé en place, des troubles qui ont quelquefois nécessité ultérieurement une intervention radicale.

Il nous semble essentiel de préciser dans quelles circonstances ces échecs ont pu être observés.

Lésions utéro-annexielles graves.

C'est tout d'abord, dans les débuts du traitement chirurgical des salpingo-ovarites, par la résection bilatérale des annexes.

Ainsi, TERRILLON, au Congrès de Chirurgie de 1891, accusait 5 échecs de ce genre sur 85 opérées

déjà anciennes et suivies, soit 13 %. La proportion est la même dans la statistique de DELBET, rapportée par CHAVIN dans sa thèse sur les résultats éloignés de 87 interventions pour salpingo-ovarite. PINESSE, dans une thèse analogue inspirée par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE enregistre même 23,5 % d'échecs par persistance de douleurs ou de métrorragies.

Il importe de remarquer qu'à cette époque, l'opération de LAWSON-TAIT était pratiquée systématiquement, quelles que soient l'étendue des lésions utérines ou les difficultés techniques de l'intervention. Or, souvent, les lésions utéro-annexielles sont telles qu'il est indiscutablement dangereux de conserver un utérus fibromateux, hémorragique, ou gros, mou, manifestement atteint de métrite parenchymateuse, — ou qui présente après l'ablation laborieuse et souvent imparfaite d'annexes volumineuses et adhérentes, une dépéritonisation plus ou moins étendue. Ce sont là, actuellement, des indications formelles de l'hystérectomie.

Lésions de l'ovaire conservé avec l'utérus.

Lorsque la castration utéro-annexielle fut ensuite introduite dans la pratique chirurgicale, elle donna des guérisons plus constantes et prit la place de l'opération de LAWSON-TAIT qui fut aussi systématiquement abandonnée qu'elle avait été systématiquement pratiquée. Depuis, l'immense majorité des chirurgiens a toujours complété la castration bilatérale par l'hystérectomie. L'utérus n'a

plus été conservé — et avec quelles réticences ! —, que lorsqu'il était possible de sauvegarder la fonction menstruelle en laissant en place un ovaire ou un fragment d'ovaire ; et là encore on a eu à déplorer la persistance de douleurs et de métrorragies, qui ont été attribuées à l'endométrite.

DEVOUASSOUX rapporte en 1904 les résultats de cette intervention : sur 41 malades retrouvées, une avait subi un curettage 2 mois 1/2 après l'opération, 3 avaient dû être réopérées pour douleurs persistantes.

3 malades de TUFFIER sur 15 revues ont subi ultérieurement une opération radicale. Une nouvelle intervention a été également nécessaire chez 2 des 17 opérées de LEGUEU, pour douleurs et métrorragies. JACOBSON, cite 2 récides sur 51 interventions. ARMAND dans sa thèse rapporte 2 échecs sur 5 cas, CONVERT, 2 sur 40 opérées du service de POLLOSSON, CHARBONNEL 4 sur 20. THALER a pu connaître les résultats éloignés de la salpingectomie bilatérale avec conservation de l'ovaire 27 fois sur 38 opérées ; 2 fois les résultats étaient médiocres, 2 fois franchement mauvais.

MOCQUOT et DE ROUVILLE rapportant ces faits au Congrès français de chirurgie de 1926, y joignent leur statistique personnelle : sur 12 opérées, 8 ont encore quelques troubles, tels que douleurs, gros ovaire, ménorragies. Ils pensent que l'utérus et non l'ovaire a la responsabilité des accidents qui surviennent à la suite de cette intervention.

Telle n'est pas notre opinion, étayée sur les faits suivants :

L'hystérectomie fundique donne des résultats également inconstants et la conservation d'un ovaire après hystérectomie a, elle aussi, occasionné des déboires;

un ovaire malade peut provoquer à lui seul des modifications de la muqueuse utérine qui en imposent pour une endométrite;

des lésions ovariennes ont été effectivement constatées au cours des réinterventions pratiquées après hystérectomie fundique ou salpingectomie bilatérale.

L'hystérectomie fundique préconisée en France par LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES, résèque, avec les trompes, le fond de l'utérus, siège d'élection de l'endométrite, et conserve un ovaire ou un fragment d'ovaire. L'endométrite ainsi traitée, les cas n'en existent pas moins où des opérées ont continué à souffrir et où des interventions radicales ont dû être ultérieurement pratiquées.

Si l'hystérectomie fundique a toujours donné à BEUTTNER, ROBINEAU, MOCQUOT et DE ROUVILLE, JACQUEMAIRE, de bons résultats, 2 opérées de LECÈNE sur 59 continuant à souffrir, ont dû être à nouveau opérées; 2 des 18 malades de POUCHÉLE ont subi le même sort, tandis que 4 autres continuaient à avoir des douleurs hypogastriques ou lombaires.

Après 20 hystérectomies fundiques MAYER a dû faire 8 fois une intervention radicale, et 2 autres fois il existait des ménorragies. ROCHET a vu persister 4 fois sur 7 des douleurs lombaires ou pel-

viennes plus ou moins intermittentes et DOUAY, sur un nombre assez important d'opérations de BEUTNER, a constaté que les suites éloignées n'étaient pas toujours favorables, « les femmes continuant « à souffrir de métrite et d'inflammation pelvienne entretenue par l'ovaire restant qui devient parfois scléro-kystique ». Il a dû réintervenir 2 fois.

BEGOIN a observé une récurrence ayant nécessité une réintervention, AUBERT 3 réinterventions sur 50 cas, ULRICH 8 échecs sur 28 cas.

Enfin, récemment GAUDART D'ALLAINES, au 8^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, enregistre sur 48 malades opérées, soit pour salpingite bilatérale, soit pour fibrome du fond, 4 échecs avec intervention secondaire. Les autres n'ont que peu ou pas de douleurs, mais certaines ont suivi après l'intervention un traitement médical.

Nous rapportons ici les observations de 4 hystérectomies fundiques pratiquées dans le service de M. le Professeur COSTANTINI : 3 femmes seulement ont été retrouvées ; l'une est parfaitement guérie depuis son intervention. Une autre a beaucoup souffert pendant 3 ans et il a été question de l'opérer à nouveau : elle a dû faire 3 cures thermales et souffre encore un peu actuellement. La troisième enfin, se plaignant de fortes douleurs, a subi une intervention radicale un an après.

Les échecs sont donc relativement fréquents si l'on garde, avec l'utérus, l'ovaire ou un fragment d'ovaire, alors que l'on n'a pour ainsi dire jamais à enlever un utérus conservé seul.

La responsabilité de l'ovaire est évidente, lorsque, laissé seul après hystérectomie, il devient le siège de douleurs, de poussées inflammatoires, nécessitant souvent sa résection (24 fois sur 100 d'après POLACK).

Les métrorragies sont, elles aussi, attribuables à une lésion ovarienne. De nombreux travaux ont apporté quelque lumière sur la nature de l'« endométrite hémorragique ». L'hyperplasie de la muqueuse utérine dont on faisait un signe d'inflammation n'a le plus souvent rien à voir avec l'infection (HITSCHMAN et ADLER). Il s'agit d'une pseudo-endométrite qui doit être rattachée à un trouble du fonctionnement ovarien (FORGUE et MASSABUAU, ROUVILLE et SAPPEY) sur la nature duquel l'accord n'est d'ailleurs pas encore fait.

En fait, l'ovaire est souvent trouvé malade, au cours des réinterventions qui ont dû être faites après hystérectomie fundique ou salpingectomie bilatérale.

Dès 1906, VAUTRIN publiait 2 cas de dégénérescence kystique de fragments d'ovaire conservés avec l'utérus, après salpingectomie. Il écrivait : « La salpingectomie par voie abdominale avec conservation de l'ovaire, avec ou sans utérus, expose à ménager une glande altérée qui dégénère par la suite ».

VIGNES et GERY, en 1913, présentaient à la Société Anatomique de Paris, des coupes histologiques provenant d'un kyste ayant évolué sur un ovaire ainsi conservé; il s'agissait d'un kyste lutéinique qui avait provoqué des ménorragies.

CONVERT, qui étudiait en 1914 les résultats de 32 opérations conservatrices où l'utérus a été laissé avec un ovaire, observait 2 fois des douleurs et des métrorragies, attribuables dans les 2 cas à une lésion ovarienne décelée à l'examen clinique.

AUBERT a dû réintervenir 3 fois sur 50 hystérectomies fundiques pour dégénérescence de l'ovaire conservé.

VILLARD et LABRY écrivent à leur tour : « Dans
« le seul cas, où, pour une conservation de ce gen-
« re, nous avons dû pratiquer l'hystérectomie se-
« condaire, l'ovaire laissé en place par un pre-
« mier chirurgien avait subi une dégénérescence
« kystique suivie de métrorragies et d'endomé-
« trite végétante ». CAILLOT rapporte dans sa
thèse un cas de conservation de l'utérus avec
un ovaire microkystique, traité par l'ignipuncture;
une nouvelle laparotomie un an après permit de
découvrir un ovaire droit en pleine dégénérescen-
ce kystique, du volume d'un gros œuf de dinde.
L'ablation de cette masse kystique, tout en conser-
vant un minime fragment d'ovaire, amena d'ail-
leurs une guérison complète.

Parmi les malades dont nous rapportons ici les observations, les seules qui ont continué à souffrir, avaient conservé un ovaire. Nous avons enregistré 3 échecs après conservation de l'utérus et d'un ovaire, (2 salpingectomies bilatérales, 1 hystérectomie fundique), échecs motivés par des lésions ovariennes comme on put le vérifier au cours d'une nouvelle intervention. Une fois, on ne fit pas l'opération radicale, mais on conserva l'utérus, résé-

qua le nerf présacré et greffa l'ovaire dans l'épiploon; la guérison fut parfaite.

Il nous semble donc certain que *l'ovaire est, dans la majorité des cas, responsable des troubles prétendus métritiques qui persistent après salpingectomie bilatérale*. Comment expliquer les lésions de l'ovaire ainsi conservé ?

Tout d'abord il peut être déjà malade lors de l'intervention. Il est difficile, en effet, d'apprécier macroscopiquement l'intégrité d'un ovaire, ou, s'il est le siège de lésions évidentes, on espère, à plus ou moins juste titre, les guérir par la résection ou la thermocautérisation.

CONVERT invoque une hémostase incomplète et un assèchement insuffisant du pelvis qui favoriseraient la formation d'exsudats inflammatoires et d'adhérences. COTTE accorde également une grande importance aux adhérences qui provoquent, au niveau de l'ovaire, des troubles fonctionnels et douloureux.

Enfin, on a insisté (TUFFIER, HARTMANN, LECÈNE) sur la nécessité d'assurer à cet organe une bonne vascularisation, si l'on veut éviter sa dégénérescence kystique. Il est évident que la salpingectomie perturbe l'irrigation ovarienne et, surtout, la ligature en masse du mésosalpinx risque d'intéresser « soit directement, soit par étirement, des « plexus nerveux voisins » (VILLARD et LABRY).

La technique de l'hystérectomie fundique est encore plus défavorable. L'hémostase n'est pas toujours parfaite; la résection du fond utérin ne peut se faire sans ligature de l'artère utérine qui con-

tribue à l'irrigation de l'ovaire, ni sans lésion des plexus nerveux importants situés au voisinage de la corne utérine.

Conclusions

Ainsi, il apparaît qu'après l'exérèse des trompes, *la conservation intégrale de l'utérus peut donner d'excellentes guérisons*, à condition qu'il ne soit pas le siège de lésions importantes (métrite parenchymateuse, sclérose) ou que l'ablation des annexes ne comporte pas de sérieuses difficultés. Toutefois, une inflammation douloureuse du paramètre, des pertes muco-purulentes, peuvent être entretenues par une métrite cervicale. La guérison en est facilement obtenue par un traitement approprié : cautérisation au néo-Filhos ou diathermo-coagulation, pansements glycélinés, etc...

La résection du fond utérin est inutile car l'endométrite fundique guérit spontanément après salpingectomie bilatérale et, si besoin est, ligamentopexie. De plus elle complique et aggrave l'intervention : c'est là l'opinion de notre Maître, M. le Professeur COSTANTINI. « Cette opération compliquée, » a dit J.-L. FAURE, éloigne de la simplicité chirurgicale. » L'hémostase est souvent difficile : elle exige des sutures soignées faites en milieu plus ou moins infecté par les germes de la cavité utérine; des suintements sanguins sont toujours à craindre: d'où des risques plus graves qu'après hystérectomie subtotale ou salpingectomie bilatérale,

risques qui imposent très souvent la nécessité d'un drainage.

Certaines statistiques accusent une mortalité assez élevée : 3 morts sur 52 opérées de LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES (2 de péritonite, 1 d'hémorragie) 5 sur 35 (ERNST), 1 sur 3 (COTTE) sans compter les accidents tels qu'hématomes, hémorragies vaginales ou péritonéales (ULRICH, CHARBONNEL).

Lorsque l'utérus est le siège de lésions très marquées, ou qu'il existe des adhérences importantes, des lésions annexielles volumineuses et mal refroidies, la résection de l'utérus s'impose; ce sont également là des contre-indications formelles de l'hystérectomie fundique, de l'avis même de ses défenseurs. S'il est possible de conserver du tissu ovarien, l'hystérectomie subtotale haute (J.-L. FAURE, ROUFFART, HAMANT, BARON, COTTE) qui permet de conserver les règles dans 30 à 60 % des cas, trouve là son indication.

CHAPITRE II

La conservation de l'utérus seul est-elle inutile ?

On pense, généralement, qu'il est inutile de laisser en place l'utérus seul, puisqu'en l'absence d'ovaire cet organe est voué à une atrophie qui équivaldra à l'hystérectomie.

A cela, on peut immédiatement objecter que l'inutilité d'un organe — outre qu'elle ne peut jamais être absolument affirmée — ne justifie pas son ablation chirurgicale, surtout lorsque celle-ci accroît, si peu que ce soit, la gravité de l'intervention. Et la castration utéro-annexielle, qui nécessite la résection de vaisseaux et nerfs sympathiques importants est certainement plus choquante que la simple ablation des annexes.

En fait, l'atrophie utérine après castration chirurgicale est loin d'être constante (47 fois sur 100 opérées d'après GILES) et, lorsqu'elle survient, elle est lente et progressive.

Statique pelvienne

Même atrophié l'utérus n'est certainement pas inutile pour la statique du petit bassin et du vagin, d'autant que les ligaments larges peuvent être reconstitués de façon anatomique.

Troubles de la castration

Mais il est un point plus important. La chirurgie conservatrice utéro-annexielle a pour objet, sinon

de ménager la fonction reproductrice, tout au moins d'éviter les troubles qui succèdent généralement à l'ovariectomie bilatérale. La conservation de l'utérus seul répond-elle à cette proposition ?

Il est de connaissance courante que la castration entraîne chez la femme avec la suppression de l'écoulement menstruel, l'apparition de troubles maintes fois décrits, habituellement désignés sous le nom de troubles de la ménopause chirurgicale : les bouffées de chaleur sont les plus constants; variables d'une femme à l'autre, elles peuvent devenir par leur fréquence et leur intensité, extrêmement pénibles. Le caractère se modifie souvent; les opérées deviennent irritables, tristes, inquiètes, présentent un certain degré d'amnésie, d'apathie intellectuelle et physique. On a signalé quelques cas, survenant chez les prédisposées, de troubles psychiques, états délirants, anxieux, mélancoliques, voire même de confusion mentale. On peut observer aussi de l'hypertension artérielle, des troubles endocriniens (hyperthyroïdie, obésité), des algies, cellulites, rhumatisme, etc...

L'origine de ces troubles est discutée. Pour les uns, parmi lesquels TUFFIER, CHEVAL, ROUFFART, LECÈNE, ASCHNER, VIGNES, etc..., ils sont dûs à la disparition de l'écoulement menstruel. D'autres (HAMANT, BROUHA, DOUAY, Mlle BIZOU, PAGE et FERREY, BARON, etc...), les attribuent uniquement à la suppression des hormones ovariennes. Nous n'avons pas ici à prendre parti dans ce débat ; ceci nous entraînerait hors des cadres que nous nous sommes fixés. Que la menstruation ait une action propre par la saignée qu'elle provoque, l'élimina-

tion de toxines ou la résorption de certains produits, ou qu'elle ne soit que le témoin de l'activité ovarienne, la plupart des auteurs pensent actuellement qu'elle doit être sauvegardée si l'on veut respecter au mieux l'équilibre physiologique de la femme.

Aussi, pour éviter l'apparition des troubles de la ménopause chirurgicale, la conservation de tissu ovarien semble-t-elle de toutes façons indispensable car il ne peut y avoir de menstruation sans ovaire; tous les physiologistes sont actuellement d'accord sur ce point. C'est l'ovaire qui, par ses sécrétions folliculaire et lutéinique, détermine au niveau de la muqueuse utérine les modifications cycliques aboutissant, lorsque l'ovule n'est pas fécondé, à la desquamation et à l'hémorragie menstruelle. Ces hormones disparues, l'utérus rétrogresse. Le tissu fibreux se substitue peu à peu aux fibres musculaires, la muqueuse avec ses glandes et ses vaisseaux s'atrophie, l'épithélium cylindrique devient cubique.

La conservation après ovariectomie bilatérale de ce corps fibreux, privé par la castration de tout rôle physiologique, paraît donc être tout à fait inutile et ne pouvoir aucunement éviter ou atténuer les troubles de la ménopause chirurgicale.

En fait, les observations cliniques démentent ces prévisions.

Menstruation

Tout d'abord, les cas sont relativement fréquents de femmes qui, après castration bilatérale, conser-

vent leurs règles. Ce fait signalé par ATLEE fut observé dès que l'on pratiqua l'opération de LAWSON-TAIT à la fin du siècle dernier; il a été à cette époque l'objet de nombreuses communications.

Fréquence. — Dès 1875, JACKSON et GOODMAN, en Amérique, en rapportent 18 cas sur 31 ovariectomies doubles, soit une proportion de 58 %.

TERRIER, en 1885, a observé 5 cas de menstruation durable sur 21 opérées (24,8 %). Puis MARTIN, étudiant dans sa thèse les résultats éloignés de 35 opérations de LAWSON-TAIT pratiquées par POZZI, trouve 14 fois les règles conservées (40 %). PINESSE sur 131 interventions en réunit 40 cas (33 %) parmi lesquels, il est vrai, la menstruation ne fut durable que 21 fois (22 %).

11 des 88 opérées de DELBET, revues par CHAVIN de 2 à 30 mois après l'intervention, étaient encore réglées (12,2 %).

La menstruation reparut chez 45 opérées de JAYLE mais ne fut durable que dans la moitié des cas (19 %). Des faits semblables sont observés par GLOEWECKE (14 %), LE BEC (11 %), JEANNEL (7 fois sur 26 opérées, soit 28 %).

SECOND a été « maintes fois le témoin de pareils retours ». POTHERAT les a observés sur nombre de malades privées chirurgicalement de leurs ovaires. MAUCLAIRE les a constatés deux fois sur 80 opérées (2,5 %), ZALEWSKI 2 fois sur 6 (36 %); BANTOCK cite plusieurs cas où la menstruation a persisté longtemps après l'ablation complète des ovaires.

GILES, en 1910, publie les résultats éloignés de 96 castrations bilatérales : l'écoulement menstruel

a persisté dans 41,7 % des cas pendant un temps variant de 3 mois à 9 ans 1/2, la proportion étant plus élevée dans les cas d'annexites (56 %) que dans les cas de tumeurs (36 %).

Plus récemment, en 1927, MICHON et LABRY publient 11 cas d'opérations de LAWSON-TAIT, dont 7 avaient figuré dans la thèse de l'un d'eux : 4 fois la menstruation s'est normalement rétablie (40 %). SOLER JULIA, de son côté, déclare avoir également fait des constatations de ce genre.

Nous-mêmes rapportons 10 cas analogues (obs. 13... 23). 8 appartiennent à la statistique de M. le Professeur COSTANTINI où ils figurent dans la proportion de 40 %.

En faisant une moyenne de toutes ces statistiques, on voit qu'après castration bilatérale, l'utérus peut être le siège d'un écoulement menstruel dans 30 % des cas environ. Bien qu'il ne faille accorder à ce chiffre de valeur absolue, nous pouvons affirmer que cette éventualité est loin d'être exceptionnelle.

De plus, si, dans quelques cas, la menstruation ne se rétablit que temporairement, on l'a vu persister 9 ans (GILES), 10 ans (ZALEWSKI) et même 15 ans (BRODIER), jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle. Nous rapportons ici 2 cas où les règles ont reparu pendant 10 ans (obs. 22) et au delà de 6 ans (obs. 13) chez des femmes cependant âgées de 38 ans au moment de leur opération.

Interprétation. — Presque tous les auteurs qui ont signalé la conservation des règles après ovariectomie bilatérale, ont tenté d'en donner une ex-

plication. On a prétendu tout d'abord qu'il ne s'agissait pas là de vraies règles, mais de métrorragies plus ou moins accidentelles, d'« épistaxis utérines », souvent provoquées par une lésion locale (fibrome, métrite).

PINESSE, BYFORD, invoquent les adhérences post-opératoires, qui, par les troubles circulatoires qu'elles entraînent, provoqueraient des hémorragies utérines.

Pour WEBSTER, la dégénérescence vasculaire dans les branches des artères utérines ou ovariennes, ou un varicocèle pelvien peuvent expliquer ces métrorragies, qui, d'après lui, sont le plus souvent irrégulières.

Si chez les femmes castrées surviennent fréquemment, à 2 ou 3 reprises, quelques pertes sanguines isolées, plus ou moins abondantes, les hémorragies utérines avaient, dans les cas que nous venons de rassembler tous les caractères du flux menstruel (abondance, périodicité).

Menstruation sans ovaire. — DELBET, s'il admet que dans quelques cas, l'ablation des ovaires a été incomplète, ne doute pas que les règles puissent persister en l'absence d'ovaire. C'est également l'opinion de RICHELOT, de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

FERRY, observant que, malgré le rétablissement de la menstruation, des troubles climatiques persistent quelquefois, conclut que les règles surviennent là en dehors de toute activité ovarienne.

JEANNEL, POZZI, dans les cas où l'on peut être sûr d'avoir complètement enlevé les ovaires invoquent

la « loi bien connue de la persistance des habitudes
« organiques ». « On comprend très bien, écrit
« Pozzi, que le système nerveux de la vie végétative,
« tout comme celui de la vie de relation, puisse
« produire, pour ainsi dire automatiquement et
« sous l'influence d'une excitation ancienne, des
« actes tels que la congestion de l'appareil génital.
« Il y a là un mouvement continué par le fait de
« la vitesse acquise, mais qui, en l'absence d'une
« nouvelle impulsion finit par s'affaiblir et s'arrêter. »

Cette interprétation ne nous paraît pas en accord avec les faits : nous avons signalé plus haut qu'on a pu voir la menstruation persister pendant de nombreuses années, jusqu'à l'âge normal de la ménopause naturelle; et d'autre part, loin de continuer comme « par le fait de la vitesse acquise », elle s'interrompt le plus souvent après l'intervention pour ne reparaitre qu'au bout d'un certain temps (2 à 5 mois en général).

L'existence d'hémorragies supplémentaires, anales, nasales, etc..., quelquefois signalée après castration, pourrait plaider en faveur de cette habitude de l'organisme, qui provoquerait au niveau de la muqueuse utérine ou de toute autre muqueuse la saignée périodique à laquelle il était accoutumé. FERRY, dans sa thèse, a rassemblé les observations de ce genre qui ont été publiées; il montre qu'en réalité les cas indiscutables de ces hémorragies supplémentaires sont extrêmement rares; le plus souvent ce sont des hémorragies survenant sans aucune périodicité et bien des fois provoquées par une lésion générale ou locale.

ORMIÈRES, lui, croit à la persistance d'un réflexe nerveux qui a eu primitivement un point de départ ovarien, mais, par la suite, est devenu indépendant.

Notre Maître, M. le Professeur COSTANTINI, émet l'hypothèse d'une suppléance des hormones ovariennes par d'autres hormones, devenues aptes, en l'absence d'ovaire, à provoquer les modifications cycliques de la muqueuse utérine. VILLARD, et après lui, MICHON et LABRY, SOLER-JULIA, ont également envisagé cette explication. Mais on pourrait alors se demander pourquoi cette suppléance ne se produit pas, sinon dans la totalité, tout au moins dans la majorité des cas, et pourquoi les troubles consécutifs à la castration, observés depuis si longtemps cliniquement et expérimentalement, ne sont pas exceptionnels.

Persistance de tissu ovarien. — Bien que quelques cas aient été cités où, au cours d'une intervention ultérieure il fut impossible de trouver, macroscopiquement du moins, aucun vestige d'ovaire (POZZI, SANGER, FINDLEY, etc...) la persistance de tissu ovarien est l'hypothèse qui compte actuellement le plus de partisans. L'ont soutenue, entre autres, KOEBERLÉ, ROUTIER, CHIPMAN, CLEVELAND, CONVERT, DEUTSCHMANN, COTTE et, récemment encore, MASSABUAU et GUIBAL.

Ce tissu ovarien peut reconnaître 3 origines : il s'agit soit d'ovariectomies incomplètes, soit d'ovaire hétérotopique, soit de tissu ovarien de nouvelle formation.

a) *Ovariectomie incomplète.* — Il est fort possible que, lors de manœuvres de décollement au

cours d'interventions pour annexites plus ou moins adhérentes, des débris de tissu ovarien restent accolés au péritoine de la partie postérieure du ligament large ou du cul de sac de Douglas.

C'est en effet après de telles interventions, que la conservation de règles se voit le plus fréquemment (MARTIN, GILES, CONVERT). D'autre part, une petite portion d'ovaire peut être également conservée au niveau du ligament infundibulo-pelvien, quand on le pince ou le sectionne au contact de l'ovaire.

FRAENKEL rapporte le cas de RIESS qui, après avoir enlevé un ovaire, résèque au cours d'une seconde intervention un fragment ovarien, et, intervenant pour la troisième fois, trouve encore du tissu ovarien avec un corps jaune.

L'importance souvent minime du fragment n'est pas pour nous faire douter de son rôle éventuel dans la production ultérieure de la menstruation. L'ovaire possède un grand pouvoir de régénération, démontré chez l'animal ou chez la Femme par PUGNAT, KANEL, VALTORTA, ZACHARIAS, LIPSCHUTZ et WAGNER, et confirmé par les excellents résultats de la « conservation parcellaire » de l'ovaire, rapportés par CAILLOT dans sa thèse. Toutefois, le fragment peut, à un certain moment, (6 mois, un an, 2 ans), s'arrêter de fonctionner, soit par épuisement, soit par dégénérescence, peut-être due à une mauvaise vascularisation. Alors la menstruation disparaît.

b) *Ovaire hétérotopique.* — Cependant plusieurs chirurgiens ont constaté la persistance de menstrues alors qu'ils étaient absolument certains d'a-

voir enlevé intégralement les 2 ovaires (TILLAUX, JEANNEL, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, DELBET, TUTTLE, HENNIG, BANTOCK, SIREDEY, etc...). RICHELOT cite le cas suivant : « J'ai opéré une malade et j'ai eu « dans mes mains ses 2 trompes et ses 2 ovaires « bien complets, aucune parcelle de tissu ovarien « ne m'a échappé. Elle a cependant ses époques « très régulièrement pendant 3 jours. » Notre Maître, M. le Professeur COSTANTINI, est sûr d'avoir complètement enlevé les 2 ovaires chez des femmes qui ont néanmoins vu reparaitre leur menstruation.

Peut-il exister dans ces cas un *ovaire surnuméraire* ? C'est là une éventualité très rare. Madame EISENBERG-PAPERIN ne l'a jamais rencontré au cours de 100 dissections. A la clinique gynécologique de Cracovie, un seul cas a été constaté sur 7.800 cas gynécologiques et environ 2.700 laparotomies (KELLER). Mais sa situation variable, souvent éloignée de l'ovaire normal (dans le ligament large, en avant, en arrière de l'utérus, ou même dans une de ses cornes) fait qu'il peut, sur le vivant, passer souvent inaperçu.

Plus fréquentes seraient les formations décrites par BEIGEL et dénommées par lui *ovaria accessoria succenturiata*. Ce sont des formations dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un petit pois, sessiles ou pédiculées, se trouvant aux abords de l'ovaire sur la ligne de Farre-Waldeyer, constituées par du tissu conjonctif dense et des follicules primordiaux (DE SINETY). Elles sont unilatérales ou bilatérales et leur nombre varie en raison inverse de leur volume. RIEGEL les aurait rencontrées 23 fois sur 500 autopsies, WINCKEL 18 fois, ce

qui est tout de même une proportion assez faible, d'autant que l'examen histologique n'a pas toujours été fait.

CHIPMAN a signalé que, dans un certain nombre de cas, des îlots de parenchyme ovarien sont épars sur le feuillet postérieur du ligament large, plus ou moins éloignés de l'ovaire. « Après ablation des « ovaires, écrit-il, ce tissu ovarien donnera même « des ovules. Tandis que les ovaires surnuméraires « sont extrêmement rares, je pense que, dans n'im- « porte quel cas, il reste toujours douteux que « l'opération ait enlevé ou non tout le *tissu ova-* « *rien accessoire.* » WEBSTER se range à cette opinion.

c) *Régénération ovarienne.* — Une autre hypothèse est soulevée par les constatations expérimentales faites par PARKES, FIELDING et BRAMBELL. Sur 121 souris ovariectomisées, 11 présentent par la suite des signes d'oestrus spontané. Dans 8 de ces cas, la présence de tissu ovarien de nouvelle formation avec follicules et corps jaunes a pu être démontré histologiquement. Une ablation complète de « tout le tissu qui peut raisonnablement être appelé ovarien » ayant été pratiquée (ablation, avec la glande, de la graisse environnante et d'une portion de la trompe) et les ovaires ayant été examinés histologiquement pour prouver leur intégrité, les auteurs concluent à une régénération ovarienne aux dépens d'un tissu de structure non ovarienne, et qu'ils n'ont pu déterminer.

Il nous semble possible qu'il s'agisse là d'une reprise d'activité de cellules sexuelles primitives et erratiques. On sait, en effet, que les gonocytes pri-

mordiaux apparaissent dans l'endoderme en un point assez éloigné de l'épithélium germinatif; ils effectuent ensuite une véritable migration et viennent habiter cet épithélium, ébauche embryonnaire de l'ovaire. Au cours de cette migration, des cellules peuvent fort bien se détacher du groupe principal et s'arrêter dans leur trajet, en un point plus ou moins rapproché de leur destination normale. Les ovaires enlevés, elles entreraient en activité par un phénomène analogue à l'hypertrophie compensatrice des fragments laissés en place après résection ovarienne partielle.

PARKES, FIELDING et BRAMBELL terminent ainsi la publication de leur travail : « Si un tel processus
« peut survenir chez un rongeur il n'est pas im-
« probable qu'il puisse survenir chez l'Homme.
« Dans ce cas, l'apparition d'une grossesse après
« l'ablation de tout le tissu ovarien n'est pas une
« impossibilité et plusieurs de ces cas rapportés
« peuvent être des exemples de régénération vraie
« de tissu ovarien, à partir de tissus à structure
« non ovarienne, plutôt que des exemples d'hyper-
« trophie de fragments d'ovaires laissés en place
« au cours de l'opération. »

On trouve, en effet, dans la littérature, plusieurs cas de *grossesse après ovariectomie bilatérale* qui, cependant, avait paru complète aux yeux des chirurgiens. HOEGH en a rapporté un cas en 1878, S.-G. GORDON 2 cas en 1896, survenant un an et demi après ovariectomie bilatérale « aussi soigneuse que possible ». L'auteur suppose qu'après la chute de la ligature l'orifice de la trompe s'est

ouvert de nouveau. A la même époque, STANSBURY-SUTTON voit deux grossesses se développer successivement chez une jeune femme de 22 ans, opérée peu de temps auparavant.

Une opérée de MALCOLM met au monde un enfant deux ans après l'intervention. A. DORAN relate l'observation d'une femme de 37 ans, dont les 2 ovaires kystiques furent enlevés chirurgicalement, qui continua à être parfaitement réglée et fut enceinte deux ans plus tard. BLAIR BELL a également relaté un cas analogue. CHIPMAN en a observé un, seize mois après une salpingo-ovariectomie bilatérale pour annexite gonococcique sévère.

Récemment, GAUJOUX et REVEL ont vu une femme de 35 ans devenir enceinte un an après avoir subi l'ablation de 2 ovaires kystiques, ablation qui, cependant, avait été méthodiquement conduite, en deux temps.

Enfin la persistance du tissu ovarien après ovariectomie bilatérale a pu être démontrée d'une façon également évidente par l'aspect histologique des *formations kystiques pelviennes consécutives à la castration totale*, aspect qui reproduit très fréquemment la structure plus ou moins complète de certains éléments ovariens (follicules et corps jaunes surtout). CORNIL et FIOLE ont vu de telles formations survenir après exérèse particulièrement attentive des 2 ovaires.

Ainsi, les constatations cliniques, expérimentales et anatomiques s'ajoutent aux connaissances actuelles sur la physiologie de l'appareil génital de

la femme pour rendre probable la persistance de tissu ovarien, dans les cas où l'écoulement menstruel n'a pas été supprimé par une ovariectomie bilatérale.

Troubles de la ménopause chirurgicale

Chez les femmes qui voient reparaître leur menstruation après castration chirurgicale, une période d'aménorrhée fait en général suite à l'intervention, longue de un à sept mois environ, pendant laquelle se manifestent des troubles ménopausiques. Sans doute, un certain temps est-il nécessaire pour la régénération du tissu ovarien et la reprise de l'ovulation. Le rétablissement de la fonction menstruelle entraîne le plus souvent la disparition des malaises qui avaient pu s'installer. Cependant, il arrive que l'équilibre endocrinien, si brutalement perturbé par l'ablation des ovaires, ne se rétablisse pas parfaitement; quelques troubles peuvent persister mais ils sont alors atténués (obs. n° 17).

Mais celles qui restent aménorrhéiques n'ont-elles pas de troubles aussi intenses que les femmes hystérectomisées ?

Telle serait l'opinion de GILES étayée par l'observation de ses 106 opérées.

Par contre, VILLARD écrit : « J'ai été frappé du
« fait que des malades opérées par moi à l'époque
« où l'opération de LAWSON-TAIT était en honneur,
« présentaient un minimum de troubles fonction-
« nels et se trouvaient dans un état meilleur que
« les malades hystérectomisées. »

« On a, avec la conservation de l'utérus seul, le
« minimum de troubles de la ménopause chirur-
« gicale. »

MICHON et LABRY ont, à la suite de VILLARD, insisté sur ce fait : sur 11 de leurs opérées une seule parmi les 6 qui sont restées aménorrhéiques, a présenté des troubles importants. Le déséquilibre est, chez les autres insignifiant. MOLIN et CONDAMIN, SOLER-JULIA, WATRIN et BRABANT ont également constaté que l'équilibre physiologique est moins troublé chez les femmes castrées qui ont conservé leur matrice.

Ces auteurs émettent l'hypothèse d'une *secrétion endocrinienne de l'utérus*. Des cliniciens (PANKOW, NORRIS et VOGT) ont déjà tenté de démontrer l'existence d'une hormone utérine. Mais il faut bien reconnaître que leurs arguments sont des plus discutables. Il est intéressant de rappeler ici les constatations de FERRY qui a observé que, parmi les femmes encore réglées, quelques troubles persistaient chez celles dont l'utérus s'était atrophié, bien que l'auteur ait différemment interprété ce fait.

C'est aux physiologistes qu'il appartient de confirmer cette hypothèse. Jusqu'ici, aucune expérience n'a pu démontrer de façon certaine, l'existence d'une sécrétion interne de l'utérus (en l'absence de gravidité, tout au moins). Si l'on a pu mettre en évidence des modifications ovariennes — perturbation du cycle, persistance du corps jaune — succédant à l'hystérectomie (LOEB), la preuve n'est pas encore faite qu'elle soit due à la disparition d'une hormone utérine. Après les re-

cherches de PARKES et de ses collaborateurs sur le mécanisme de l'ovulation chez les femelles à ponte provoquée, on peut fort bien supposer que l'hystérectomie retentit, par voie nerveuse, sur l'hypophyse, dont on connaît l'action endocrinienne sur l'ovaire.

Par contre, après la castration, — et c'est là le cas de nos opérées — les physiologistes ont toujours constaté la rétrogression de l'utérus dont les tissus subissent une dégénérescence des plus nettes, incompatible, semble-t-il, avec la production d'une sécrétion spécifique. Cependant, cette atrophie est lente et l'hormone utérine, si tant est qu'elle existe, disparaîtrait moins brutalement qu'après une hystérectomie, permettant l'adaptation progressive de l'organisme à un nouvel équilibre endocrinien.

En résumé, que ce soit par l'éventualité fréquente de la conservation des règles, ou par une hypothétique sécrétion interne de l'utérus, il est certain que, sur tout l'ensemble des cas, les troubles de la ménopause chirurgicale sont moins fréquents et moins accusés chez les femmes castrées qui ont conservé leur utérus que chez les femmes hystérectomisées. En effet, ces troubles ne sont importants, dans les observations de MARTIN où il en est fait mention, que dans 22 % des cas, 33 % dans celles de FERRY (1 fois sur 3), 9 % dans celles de MICHON et LABRY (1 fois seulement sur 11 opérées). Par contre, dans ces mêmes séries d'observations, ils sont absents respectivement dans 38, 33 et 36 % des cas.

Dans la statistique que nous rapportons ici, 5 femmes sur 18 ont eu des troubles accentués (38 %); 9 n'en ont éprouvé aucun (50 %), parmi lesquelles 3 n'avaient pas revu leurs règles (obs. 2, 6, 11) ce qui, sur 9 femmes restées aménorrhéiques donne une proportion de 33 %.

Il est intéressant de rappeler ici que d'après une étude récente (GAL) 18 % seulement des femmes ayant subi une castration utéro-annexielle sont épargnées. L'appréciation des troubles fonctionnels variant notablement selon les patientes et les rapporteurs, il est difficile de comparer de telles statistiques. Cependant, sans vouloir accorder à ces chiffres une valeur rigoureuse, ils nous semblent significatifs : l'utérus doit être conservé si, après castration, on veut réduire au minimum les troubles de la ménopause chirurgicale.

Sens génésique

La conservation du sens génésique est parmi les conséquences de la castration une de celles qui ont été le plus diversement appréciées. Aussi, peut-on difficilement comparer les modifications qu'il subit selon que l'utérus a été ou non conservé.

GILES, chez 80 femmes dont l'utérus a été respecté, le trouve diminué ou perdu dans 35 % des cas, alors que sur 50 cas où l'hystérectomie a été également pratiquée, la proportion ne serait plus que de 22 %. Par contre, MICHON et LABRY ne le trouvent en rien diminué chez leurs 11 ovariecto-

misées. Nous avons observé une femme (obs. 18) chez qui il ne se développa qu'après l'intervention.

Il semble cependant logique de penser que la conservation de l'utérus, qui laisse intact le sympathique pelvien, a moins de chances de perturber le sens génésique que l'hystérectomie.

Conclusions

De tous les faits étudiés dans ce chapitre se dégage la notion suivante : la conservation de l'utérus après castration bilatérale n'est pas inutile. La statique pelvienne reste intacte; les troubles de la ménopause chirurgicale sont réduits au minimum; l'écoulement menstruel reparaît dans 30 % des cas.

Si nous avons insisté sur cette persistance des règles, c'est que ce point nous paraît avoir une grande importance, non seulement physiologique — comme nous l'avons vu au début de ce chapitre — mais aussi morale et sociale : une femme encore réglée conserve sa féminité à ses yeux et à ceux de son entourage et, lorsqu'elle désire passionnément un enfant, on peut lui laisser l'espoir bienfaisant d'une maternité.

Conclusions

— La conservation intégrale de l'utérus dans le traitement opératoire des affections annexielles bilatérales ne peut compromettre la guérison.

Seules des difficultés trop grandes à l'ablation des annexes, ou des lésions utérines importantes (cancer, fibrome, métrite parenchymateuse, rétroversion adhérente, lésion précancéreuse du col), nous paraissent être des contre-indications.

— La résection du fond utérin est inutile. De plus, elle complique l'intervention et en accroît les risques.

— Les échecs des interventions conservatrices pour annexite bilatérale, sont bien plus souvent dus à une lésion de l'ovaire conservé qu'à la persistance d'une endométrite. L'ovaire est, en effet, dans la majorité des cas, responsable des douleurs et des métrorragies qui nécessitent parfois une intervention secondaire.

— La conservation de l'utérus seul, après résection bilatérale des annexes, doit être préconisée pour les raisons suivantes :

L'ablation d'un organe qui est sain, ou dont les lésions sont susceptibles de guérison, ne saurait être pratiquée, surtout si elle aggrave l'intervention.

L'utérus est utile à conserver pour le maintien de la statique pelvienne.

On ne peut être sûr d'enlever, avec les deux ovaires, tous le tissu ovarien : aussi a-t-on, en laissant en place l'utérus, des chances de conserver la corrélation utéro-ovarienne et, avec elle, l'équilibre physiologique normal de la femme. En fait, la menstruation persiste dans environ 30 % des cas.

Même lorsque la menstruation a disparu, les troubles de la ménopause chirurgicale paraissent, dans l'ensemble des cas, moins fréquents et moins intenses qu'après la castration utéro-ovarienne.

La conservation de l'utérus seul est indiquée toutes les fois où des lésions locales ne commandent pas une hystérectomie, quel que soit l'âge de la femme.

Observations

Conservation de l'utérus seul

DISPARITION DE LA MENSTRUATION.

OBS. N° 1.

Salpingite gonococcique bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison.

B... Madeleine, 22 ans. Douleurs pelviennes et métrorragies. Masse douloureuse de chaque côté de l'utérus, particulièrement importante à droite. Aucune amélioration par le traitement médical.

Intervention le 6 décembre 1927. On constate l'existence d'un double pyosalpinx. Ablation des annexes de chaque côté. L'utérus, dur, un peu augmenté de volume, est laissé en place. Fermeture sans drainage.

Revue en mars 1933. Plus de douleurs. Plus de leucorrhée.

Les règles n'ont pas reparu depuis l'intervention. Bouffées de chaleur fréquentes, avec palpitations, sensations d'étouffement, troublant même le sommeil, peu améliorées par 2 séries d'injections d'extrait ovarien; très intenses pendant 7 mois, elles se sont atténuées peu à peu, mais n'ont pas encore disparu à l'heure actuelle.

Localement: utérus petit; culs de sac libres et indolores; col sain.

OBS. N° 2.

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison.

M... Joséphine, 37 ans. Signes cliniques de salpingite gauche.

Intervention le 21 mars 1928. Laparotomie médiane. On découvre une salpingite bilatérale surtout importante à gauche, avec ovaire scléro-kystique. Ablation des annexes de chaque côté. Fermeture sans drainage, à l'aide de crins en 8 de chiffre. Suites opératoires normales.

Revue en janvier 1933. Excellent état général. Très légères douleurs pelviennes ne gênant en rien le travail. Pas de leucorrhée. Plus de règles depuis l'intervention. Pas de bouffées de chaleur. L'examen local n'a pu être fait.

OBS. N° 3.

Rupture de pyosalpinx. Conservation de l'utérus seul. Guérison.

Mme R..., 39 ans. Pelvi-péritonite en 1914 à la suite de dilatation aux lamineaires: colpotomie. Depuis: douleurs pelviennes. Au début de l'année 1930 métrorragies dues à un polype muqueux. Vaccination régionale (muqueuse cervicale): réaction intense.

Intervention d'urgence 15 jours après, avec le diagnostic de rupture de pyosalpinx. On trouve dans l'abdomen du pus issu du pavillon de la trompe droite. Ablation des annexes droites. A gauche les annexes sont malades. On les enlève également.

Revue le 1^{er} février 1933. Le polype a été enlevé par diathermo-coagulation de son pédicule. Plus aucune douleur, plus de leucorrhée (cependant cette femme continue à prendre des soins de temps à autre: injections, ovules).

Les règles n'ont pas reparu. Depuis l'intervention, bouffées de chaleur très fréquentes et pénibles, améliorées par un traitement opothérapique (hormovarine). Quelques modifications psychiques: affaiblissement de la mémoire, tendance à la tristesse.

OBS. N° 4.

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison.

S... Isabelle, 25 ans. Salpingite depuis 4 ou 5 ans. Par ailleurs B.W.+++ . En raison de son état social et des

crises douloureuses fréquentes on propose une intervention.

Intervention le 8 mars 1931 (D^r COUNIOT). Anesthésie générale difficile. A l'ouverture du ventre l'utérus est gros, manifestement malade. A droite les annexes sont prolabées dans le Douglas, très adhérentes, du volume d'un œuf. A gauche les lésions sont moins accentuées. Ablation des annexes de chaque côté, plus difficile à droite qu'à gauche. L'hémostase est particulièrement difficile en raison du décollement qu'on a dû pratiquer. Ablation de l'appendice qui adhérerait aux annexes droites. On laisse en place une mèche. Fermeture en 3 plans. Suites opératoires normales.

Revue 3 mois après l'intervention. Les règles n'ont pas reparu. Bouffées de chaleur. On institue un traitement opothérapique au cours duquel cette femme est perdue de vue.

En avril 1933, nous apprenons qu'elle va très bien et ne souffre pas du ventre, mais présente des périodes de neurasthénie, qui n'existaient pas avant l'intervention.

OBS. N° 5.

Kyste de l'ovaire droit. Annexite gauche. Conservation de l'utérus seul. Guérison.

Al... Mathilde, 40 ans. Poussées de salpingite il y a 13 ans et 7 ans, traitée médicalement (glace, repos), cliniquement guérie actuellement. Ablation d'un polype du volume d'un œuf il y a 6 ans. Depuis quelques mois augmentation du volume de l'abdomen. A l'examen on constate l'existence d'une masse tumorale énorme.

Intervention le 7 janvier 1932. Anesthésie générale. On découvre un énorme kyste, inclus dans le ligament large, très difficile à extérioriser. Aspiration d'un liquide clair très abondant (environ 10 litres). On peut alors trouver un plan de clivage qui permet la dissection complète du kyste. L'appendice fortement adhérent au kyste est réséqué. L'ovaire du côté opposé est kystique, la trompe est malade; résection des annexes de ce côté. Hémostase rigoureuse. Fermeture en 3 plans. Suites opératoires normales.

Revue le 29 août 1933. Aucune douleur. Pas de leucorrhée. Plus de règles depuis l'intervention, mais bouffées de chaleur (7 à 8 par jour), pendant 4 mois. Moins fréquentes actuellement. Modifications du caractère: tendance à la tristesse. Insomnies. Augmentation de poids de 10 kgs; actuellement: 98 kgs.

L'examen local n'a pu être fait.

OBS. N° 6.

Salpingite bilatérale et noyau fibromateux. Conservation de l'utérus avec myomectomie. Guérison.

Mme Co..., 35 ans. Métrosalpingite après le dernier accouchement, il y a 6 ans. Vives douleurs pelviennes depuis un an, avec température légère. A l'examen local on pose le diagnostic de fibrome et salpingite.

Intervention le 4 février 1933. Fibrome latéral droit: myomectomie. Salpingite bilatérale importante; ablation bilatérale des annexes. Mickulicz. Suites opératoires parfaites (examen du pus des trompes: pneumo-bacilles de Friedlander).

Revue le 1^{er} septembre 1933. Excellent état général. Aucune douleur. Légère leucorrhée.

Légères pertes sanguines le 5 août, métrorragie plus abondante le 24 août durant 3 jours. Aucun trouble ménopausique.

Localement, utérus en rétroversion réductible. *Légère métrite cervicale.*

Le 18 avril 1934: les pertes sanguines ne se sont pas reproduites; la guérison se maintient excellente.

OBS. N° 7.

Salpingo-ovarite gonococcique. Conservation de l'utérus seul.

C... Louise, 23 ans. Crises douloureuses pelviennes depuis 4 ans, accompagnées de température et de vomissements, plus rapprochées depuis quelque temps. Pertes muco-purulentes très abondantes. Aucune amélioration par le traitement médical (repos, glace, vaccin).

Intervention le 23 mai 1931. Anesthésie générale. Collection purulente de l'ovaire et de la trompe droite que l'on évacue partiellement par ponction. Pyosalpinx gauche. Ablation bilatérale des annexes: l'utérus est laissé en place. Mickulicz à 3 mèches dans le Douglas. Fermeture en un plan à l'aide de crins. Suites opératoires normales.

Revue le 10 janvier 1933. Douleurs pelviennes assez vives, pendant 15 jours, 4 mois après l'intervention. Depuis, légère douleur de temps à autre du côté gauche; douleurs lombaires. Quelques pertes blanches à l'époque présumée des règles qui n'ont pas reparu. Bouffées de chaleur pendant quelques mois. L'examen local n'a pu être fait.

OBS. N° 8.

Salpingite bilatérale. Conservation de l'utérus seul.

M. Camille, 37 ans. Opérée quelques semaines auparavant: extirpation de la trompe gauche et d'un kyste de l'ovaire. Actuellement il reste à droite une grosse masse annexielle qui avait été vue au cours de la première intervention, mais qu'on n'avait pas voulu enlever sans l'autorisation de la malade.

Intervention le 31 mai 1932. On découvre des adhérences molles, des vésicules nombreuses gonflées de liquide citrin qui éclatent au premier contact. Volumineux hydrosalpinx droit. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Du côté gauche la cicatrisation est bonne. L'utérus présente une incisure médiane rappelant l'utérus bicorne. Fermeture en 3 plans.

Revue le 18 février 1933. Bon état général. Vives douleurs pelviennes pendant 5 mois après l'intervention. Crises violentes en juillet: depuis les douleurs se sont atténuées mais persistent encore. Leucorrhée abondante. Plus de règles depuis l'opération: bouffées de chaleur fréquentes et très pénibles, nervosité extrême.

Localement, utérus petit et en antéposition avec col de nullipare légèrement enflammé. Petites masses adhérentielles de chaque côté de l'utérus.

Le 10 avril 1933, après 12 séances de diathermie cette femme ne se plaint plus du ventre, mais de sciatique droite. B.W. positif.

OBS. N° 9.

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Métrite cervicale.

R... Suzanne, 21 ans. Métrorragies et masse juxta-utérine droite très volumineuse: on pose le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Intervention le 21 octobre 1930. On découvre une salpingo-ovarite bilatérale. Utérus de volume normal. Les adhérences ne sont pas très considérables. Ablation facile des annexes gauches puis, ablation de l'ovaire et de la trompe droite qui est énorme. Hémostase correcte mais difficile, car la zone adhérentielle saigne en nappe. Mise en place de 3 mèches dans le Douglas. Suites opératoires normales.

Revue le 15 février 1934. Douleur pelvienne du côté gauche. Leucorrhée. Bouffées de chaleur intenses et fréquentes après l'intervention. 8 mois après l'intervention, métrorragie qui dure pendant 4 jours. Amélioration des troubles depuis, bien que cet écoulement ne se soit pas reproduit. Augmentation de poids de 21 kgs en un an, (70 kgs), actuellement 65 kgs avec tendance à grossir. Nervosité, tristesse fréquente. Cette femme est désolée de son aménorrhée et de sa stérilité qui ont entraîné de graves difficultés conjugales.

Localement, utérus petit, culs de sac vaginaux atrésiés. Paramètre gauche douloureux. Métrite cervicale avec érosion, dont nous conseillons le traitement.

OBS. N° 10

Annexite gonococcique bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Métrite cervicale.

R... Blanche, 30 ans. Salpingite évoluant depuis 2 ou 3 ans rebelle au traitement médical. A l'examen local on constate 2 masses latéro-utérines douloureuses et mobiles et d'autre part, une érosion métritique du col.

Intervention le 27 juin 1933. On découvre effectivement une annexite bilatérale. Ablation des masses salpingo-ovariennes. Péritonisation par réunion des 2 pédicules et de

la corne utérine selon la technique du Service. Suites opératoires normales.

Revue en janvier 1934. Les règles n'ont pas reparu depuis l'intervention. Bouffées de chaleur assez fréquentes malgré un traitement opothérapique régulièrement suivi. Tension artérielle 11.7; urée sanguine: 0,27 0/00. Leucorrhée. Douleurs pelviennes du côté gauche.

A l'examen local: utérus en position normale, de volume normal. Paramètre gauche infiltré et douloureux. Métrite cervicale, que l'on traite par des cautérisations au néo-Filhos.

Le 10 avril 1934, la leucorrhée et les douleurs ont cessé. Les culs de sac sont souples. Les bouffées de chaleur ont presque complètement disparu.

OBS. N° 11.

Salpingite bilatérale avec pelvi-péritonite. Conservation de l'utérus seul. Métrite cervicale.

Mi.. Dolorès, 41 ans. Poussées graves de salpingite soignées médicalement depuis plusieurs semaines, sans amélioration.

Intervention le 30 novembre 1933. Anesthésie générale. Laparotomie sous-ombilicale. Adhérence de 3 anses grêles à la région utéro-vésicale. Libération très difficile au cours de laquelle une anse est déperitonisée sur plusieurs centimètres. Repéritionisation au fil de lin. Un deuxième obstacle se présente alors: le sigmoïde est étroitement appliqué contre la vessie et la masse utéro-salpingée. Dégagement très prudent au doigt, au cours duquel on ouvre un petit abcès. L'utérus, de petite dimension, paraît sain, les trompes sont malades, les ovaires simplement scléreux. Pour éviter toute récurrence on enlève trompe et ovaire de chaque côté. Mickulicz à 2 mèches dans le Douglas. Fermeture en un plan. Suites opératoires normales.

Un mois après, le Douglas se montre, au toucher, épaissi et douloureux, ainsi que les culs de sac latéraux. Leucorrhée abondante. Métrite cervicale avec ulcération importante que l'on cautérise au néo-Filhos.

Revue le 23 avril 1934: pas de douleurs. Plus de leucorrhée. La métrite cervicale est guérie et les culs de sac se sont assouplis. Aucun trouble ménopausique.

OBS. N° 12.

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison.

Mme Br..., 26 ans. Annexite bilatérale ayant résisté au traitement médical.

Intervention le 15 novembre 1933. Résection bilatérale des annexes.

Nous n'avons pu revoir cette femme, mais nous apprenons le 15 avril 1934 qu'elle est en excellente santé.

PERSISTANCE DE LA MENSTRUATION.

OBS. N° 13.

(Communiquée par COSTANTINI et SCHEBAT
à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie).

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison. Persistance de la menstruation au-delà de 6 ans.

Victorine, 38 ans. Infirmière. Depuis plusieurs années poussées douloureuses de salpingite empêchant tout travail. Dysménorrhée.

Intervention le 19 mai 1927. A l'ouverture du ventre on trouve une salpingite bilatérale avec trompes rouges et bouchées, ovaires scléro-kystiques. L'utérus paraît sain. Ablation des annexes de chaque côté.

Un mois après l'intervention, on fait une série de 12 injections d'hormovarine Byla. Règles depuis cette époque régulières, indolores, durant 5 jours.

Revue le 30 mars 1934. Cette femme a 45 ans. Elle a toujours ses règles mais elles sont depuis un an irrégulières, absentes quelquefois pendant 2 ou 3 mois. Aucun malaise. Ni douleurs ni leucorrhée depuis l'intervention.

OBS. N° 14.

*Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul.
Guérison. Persistance de la menstruation.*

M... Cherifa, 28 ans. Violentes crises de salpingite ayant débuté il y a 6 mois. Le traitement médical n'amène aucune amélioration.

Intervention le 28 janvier 1930. Anesthésie générale. On constate l'existence d'une salpingite bilatérale de petite importance. Ablation des trompes et des ovaires de chaque côté. Appendicectomie. Fermeture en 3 plans sans drainage. Suites opératoires normales.

Revue le 30 mars 1933. Etat général excellent: reprise de poids. Plus de douleurs, plus de leucorrhée. Les règles ont reparu 3 mois après l'intervention. A part une période d'aménorrhée en septembre et octobre 1933, elles surviennent régulièrement sans douleur et sont d'abondance normale. Pas de bouffées de chaleur ni troubles d'aucune sorte.

Localement, l'utérus est en antéposition et de volume normal; les culs de sac sont souples et indolores.

OBS. N° 15.

*Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul.
Guérison. Persistance de la menstruation.*

Mme Be..., 32 ans. Salpingite post-abortum. Fièvre et douleurs persistantes malgré le traitement médical.

Intervention le 22 mars 1930. Ablation de 2 masses salpingo-ovariennes, adhérentes et remplies de pus. Mickulicz.

Revue en mars 1933. Très bon état général. Aucune douleur pelvienne ou lombaire. Bouffées de chaleur après l'intervention, disparaissant avec le rétablissement de la menstruation qui se fait au bout de 3 mois. Depuis, règles aussi normales qu'auparavant comme abondance et durée. Depuis 4 mois, quelques retards de 15 jours à 3 semaines.

OBS. N° 16.

*Kyste de l'ovaire bilatéral. Conservation de l'utérus seul.
Guérison. Persistance de la menstruation.*

Mme Az..., 30 ans. Douleurs pelviennes irradiées dans la cuisse droite. Masse tumorale pelvi-abdominale.

Intervention le 2 mai 1930. On trouve 2 volumineux kystes de l'ovaire. On les enlève avec les trompes. Aucun fragment ovarien n'est laissé en place.

Revue le 1^{er} avril 1934. Plus de douleurs pelviennes.

Aucun trouble de la ménopause chirurgicale. La menstruation s'est rétablie immédiatement après l'intervention. Elle persiste actuellement régulière et d'abondance normale. Cette femme conserve l'espoir d'avoir un enfant, qu'elle désire passionnément.

OBS. N° 17.

Annexite tuberculeuse (?). Conservation de l'utérus seul. Persistance de la menstruation.

A... Vincente, 27 ans. Ascite tuberculeuse à 10 ans. Depuis un an météorisme, et depuis 5 mois douleur pelvienne lancinante durant une ou deux heures, du côté gauche.

Intervention le 6 mars 1933. Incision latérale droite avec large dissociation musculaire. Le péritoine est absolument sain. L'appendice est un peu congestionné: on l'enlève. On parvient à explorer le petit bassin et on constate que les annexes de chaque côté sont le siège de lésions anatomiques sévères. On réussit à les enlever en commençant par la droite. Les 2 ovaires constituent 2 masses remplies par une pâte jaunâtre, analogue à du caséum ou à de la matière sébacée.

Revue le 7 février 1934. La menstruation a reparu un mois et demi après l'intervention: règles régulières, abondantes, moins douloureuses qu'avant l'intervention. Bouffées de chaleur assez fréquentes mais peu intenses, pendant 6 mois.

Douleur pelvienne du côté gauche, irradiée dans la fesse. A l'examen on trouve un utérus de volume normal, en antéposition. Le cul de sac gauche est douloureux. La radiographie révèle une lésion de l'os iliaque gauche au voisinage de l'articulation sacro-iliaque.

OBS. N° 18.

Grossesse extra-utérine droite puis salpingite gauche. Conservation de l'utérus seul. Guérison. Persistance de la menstruation.

M... Marie-Louise, 31 ans. Opérée il y a 7 ans pour grossesse extra-utérine droite. Actuellement elle présente une masse annexielle gauche, du volume d'une tête de fœtus.

Intervention le 24 octobre 1933. Incision de Pfannens-tiel. Lorsqu'on accède dans la cavité péritonéale on se trouve en présence d'une salpingite importante telle que l'incision se trouvera insuffisante. Néanmoins on fait une tentative d'extirpation de la trompe gauche sans aucun succès, au cours de laquelle la trompe s'ouvre laissant échapper de la sérosité puis du liquide purulent. On décide alors de pratiquer une incision médiane qui permet d'enlever assez facilement les annexes gauches qui, par ailleurs, adhèrent assez intimement au sigmoïde. Hémostase aussi complète que possible et péritonisation soigneuse de la région salpingée. Mickulicz à 2 mèches dans le Douglas.

Revue le 21 janvier 1934. Etat général excellent. Cette femme n'éprouve aucun malaise et peut faire le métier pénible de serveuse de restaurant. Pas de douleurs, pas de leucorrhée.

Les règles ont reparu 2 mois après l'intervention. Tension artérielle 13-9. Apparition du sens génésique, totalement absent jusque là.

Localement, l'utérus est en antéposition, de volume normal. Il existe à gauche une masse adhérentielle indolore du volume d'un œuf de pigeon. Le col est sain.

OBS. N° 19.

Annexite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison. Menstruation irrégulière pendant 2 ans.

Be... Madeleine, 40 ans. Douleurs abdominales depuis de nombreuses années. A l'examen on perçoit de chaque côté de l'utérus de petites masses annexielles. L'échec du traitement médical décide à intervenir.

Intervention le 3 novembre 1928. On découvre une salpingite bilatérale peu importante, mais les trompes sont bouchées, les ovaires noyés dans des adhérences fibreuses. On enlève les annexes de chaque côté. On termine en enlevant un appendice atrophié, entouré d'adhérences dans l'angle iléo-cœcal.

Cette femme nous écrit le 20 novembre 1932 qu'elle a continué à souffrir du flanc gauche avec point douloureux à gauche de l'ombilic (ces douleurs n'ont vraisemblablement pas d'origine génitale). Elle n'a pas de douleurs pelviennes, pas de leucorrhée.

Elle a présenté quatre semaines après l'opération des pertes sanguines très abondantes. Restée ensuite six mois sans règles, elle a eu de très fortes bouffées de chaleur accompagnées de vertiges et de palpitations 8 à 10 fois par jour. Puis, jusqu'en mars 1931, époque à laquelle la menstruation a complètement cessé, les règles sont revenues irrégulièrement, par période de 2 ou 3 mois, au cours desquelles les troubles disparaissaient pour réparaître ensuite.

Actuellement cette femme a encore plusieurs fois par jour des bouffées de chaleur, mais moins fortes. Pas d'hypertension artérielle.

OBS. N° 20.

Salpingo-ovarite gonococcique. Hystérectomie fundique sans conservation d'ovaire. Guérison. Persistance de la menstruation pendant un an.

S... Catherine, 21 ans. Salpingite gonococcique depuis 4 ans rendant la vie intolérable. Le traitement médical a fait à peine régresser les 2 masses annexielles perçues à l'examen local.

Intervention le 7 février 1924. Hystérectomie fundique suivant la technique de LECENE. Il est impossible de conserver un ovaire.

Revue en janvier 1933. N'a jamais souffert du ventre depuis l'intervention. La menstruation a persisté pendant un an régulièrement. Après sa disparition, maux de tête et bouffées de chaleur pendant un an. Actuellement pertes jaunes.

OBS. N° 21.

Dûe à l'obligeance de M. le Professeur CABANES.

Salpingite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Guérison. Persistance de la menstruation.

P... Marie-Louise, 31 ans. Intervention le 17 février 1930 avec le diagnostic d'appendicite et salpingite. Appendicectomie et ablation bilatérale des annexes.

Revue en février 1933. Douleurs dans la fosse iliaque droite avec troubles gastriques. Pas de lésions génitales.

La menstruation s'est rétablie régulièrement après l'intervention. Elle persiste encore actuellement.

OBS. N° 22.

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI.

Annexite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Persistance de la menstruation pendant 10 ans.

Mme L... Julie, 38 ans. Salpingo-ovarite bilatérale évoluant depuis 2 ans. Echec du traitement médical.

Intervention le 10 avril 1905. Opérateur: M. le Professeur VINCENT; aide: M. FERRARI. Ablation de 2 masses salpingo-ovariennes, kystique à droite et abcédée à gauche. Suites opératoires normales.

Revue en mars 1934. Guérison parfaite.

Trois mois après l'intervention les règles reparurent et se reproduisirent tous les mois avec quelquefois un retard de quelques jours, durant 5 à 6 jours, jusqu'en avril 1915, époque à laquelle elles s'arrêtèrent définitivement: quelques bouffées de chaleur dans les mois qui suivirent. Cette femme avait alors 48 ans.

OBS. N° 23.

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI.

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul. Légères métrorragies à intervalles éloignés.

Mme Es... Yvonne, 25 ans. Salpingo-ovarite rebelle à tous les traitements médicaux mis en œuvre depuis 3 ans.

Intervention le 6 mars 1920 (D^r FERRARI). On trouve des trompes et des ovaires sclérosés avec adhérences pé-

risalpingo-ovariennes. L'utérus paraît normal. Résection bilatérale des annexes. Suites opératoires normales.

Revue en mars 1934. Plus de douleurs. Légers écoulements sanguins dans les années qui ont suivi l'intervention, apparaissant à 3 ou 4 mois d'intervalle, ne durant qu'une journée au maximum. Aucun trouble de la ménopause chirurgicale; pas d'augmentation de poids.

RESULTATS ELOIGNES INCONNUS.

OBS. N° 24.

Prolapsus génital. Salpingite bilatérale. Colpo-périnéorraphie. Conservation de l'utérus seul. Hystéropexie.

C... Françoise, 41 ans. Prolapsus génital du deuxième degré.

Intervention le 22 mars 1928. Périnéorraphie et colporraphie antérieure. Laparotomie: on découvre une salpingite bilatérale, la trompe gauche est remplie de pus. Ablation bilatérale des annexes. On termine par une hystéropexie suivant le procédé de DOLERIS et DELBET. Suites opératoires normales.

OBS. N° 25.

Salpingite bilatérale ancienne. Conservation de l'utérus seul.

M... Malha, 26 ans. Troubles gastriques attribués à une appendicite chronique.

Intervention le 23 décembre 1924. Laparotomie médiane. On découvre une appendicite chronique certaine et une salpingite bilatérale ancienne, avec formations kystiques des 2 côtés. Ablation des annexes, d'ailleurs peu adhérentes, à droite et à gauche. Fermeture sans drainage.

OBS. N° 26.

Salpingite bilatérale. Conservation de l'utérus seul.

Khadoudja A... Salpingite bilatérale ancienne, avec poussées douloureuses, soignée médicalement sans succès.

Intervention le 19 janvier 1928. On découvre une salpingo-ovarite bilatérale et on extirpe sans difficulté les trompes et les ovaires, qui sont d'ailleurs entièrement adhérents. Fermeture sans drainage.

OBS. N° 27.

Salpingo-ovarite bilatérale. Conservation de l'utérus seul.

M... Zohra, 30 ans. Douleurs pelviennes et métrorragies. Masse annexielle droite du volume d'une orange. On pense à une grossesse extra-utérine.

Intervention le 1^{er} mars 1934. On découvre une salpingo-ovarite bilatérale; à droite, masse annexielle volumineuse contenant du pus que l'on évacue à la seringue. Ablation des annexes droites. Hémostase difficile. Résection facile des annexes gauches. Mickulicz rétro-utérin. Suites opératoires normales.

Cette femme sort de l'hôpital le 15 avril; elle n'a pas eu de bouffées de chaleur.

Conservation de l'utérus avec greffe ovarienne

OBS. N° 28.

Salpingite bilatérale. Conservation de l'utérus et d'un ovaire. Echec. Ovariectomie avec greffe ovarienne dans l'épiploon. Excellent résultat.

D... S... Françoise, 39 ans. Salpingite post-abortum il y a 17 ans. Intervention chirurgicale il y a 2 ans: conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. Depuis, règles très peu abondantes accompagnées de douleurs intenses du côté droit. Crises douloureuses entre les règles. Dyspareunie. Le traitement de la métrite cervicale (Filhos), la diathermie, n'ont amené aucune amélioration. Etat général mauvais: 38 kgs.

Réintervention le 7 mars 1933. On découvre un utérus en position normale, un peu gros. L'anse sigmoïde adhère solidement à la corne gauche. Décollement des adhéren-

ces avec péritonisation minutieuse de la surface cruentée intestinale. A droite, ovaire scléro-kystique mais sans adhérences. Résection du nerf présacré. Ablation de l'ovaire droit que l'on fend par son milieu. Après ablation de 2 parois kystiques, on l'enfouit, largement étalé, dans une bourse épiploïque où on le fixe à l'aide de 2 points au catgut. Suites opératoires normales.

Revue le 15 février 1933. Etat général excellent; poids actuel: 53 kgs. Plus aucune douleur. Après l'opération, bouffées de chaleur fréquentes, légèrement calmées par l'extrait ovarien, disparues avec la réapparition des règles en septembre, 7 mois après l'intervention: Menses absolument indolores, très abondantes durant 12 jours la première fois, et 8 jours maintenant.

Tension artérielle 13-8. Cette femme se déclare absolument enchantée des résultats de son opération.

OBS. N° 29.

Annexite bilatérale. Ablation bilatérale des annexes. Greffe ovarienne dans la grande lèvre. Résultat médiocre.

S., Marguerite, 21 ans. Signes cliniques d'annexite bilatérale rebelle au traitement médical.

Intervention le 4 juillet 1933. Résection des annexes de chaque côté. Appendicectomie. Fermeture en 3 plans. L'ovaire droit est partagé en deux. On greffe la moitié saine dans la grande lèvre gauche selon la technique de DOUAY.

A la sortie de l'hôpital, on constate l'existence d'une métrite cervicale importante avec ulcération qui saigne facilement. On en conseille le traitement.

Cette opérée nous écrit, le 17 avril 1934, qu'elle ne souffre plus du ventre. La *métrite cervicale* n'a pas été soignée et il est plausible de lui attribuer la leucorrhée assez abondante et les légères pertes sanguines survenant après les rapports sexuels, que nous signale cette femme.

Les règles ont reparu 3 mois après l'intervention (5 jours, abondance normale). Elles survinrent le mois suivant avec un retard de 13 jours (très abondantes, durée:

15 jours) puis normalement pendant 2 mois. Aménorrhée depuis.

Le greffon est actuellement perçu de la grosseur d'un noyau d'olive; il a subi des modifications de volume, augmentant au moment des règles. A une certaine époque il aurait été gros comme un œuf. Il est par moment le siège de lancées douloureuses assez pénibles.

OBS. N° 30.

Kyste de l'ovaire gauche et salpingite bilatérale. Ablation bilatérale des annexes. Greffe ovarienne dans l'épiploon.

G... Rosario, 34 ans. Masse latéro-utérine gauche et histoire typique de grossesse extra-utérine.

Intervention le 15 février 1934. On découvre à gauche un kyste de l'ovaire avec salpingite, à droite une salpingite légère avec volumineux varicocèle tubo-ovarien. Ablation bilatérale des annexes et greffe de l'ovaire gauche dans l'épiploon. Suites opératoires normales.

Revue le 20 mai 1934. Excellente guérison. Les règles n'ont pas encore reparu.

OBS. N° 31.

Annexite bilatérale. Ablation des annexes et greffe ovarienne dans l'épiploon. Noyau fibromateux: myomectomie.

D... Suzanne, 31 ans. *Intervention* le 19 février 1934 avec le diagnostic d'appendicite et salpingite. Incision de Pfannenstiel. Appendicectomie. Il existe, à droite un hydro-salpinx, et une trompe purulente à gauche. Ablation facile des annexes à droite, moins facile à gauche à cause d'adhérences sigmoïdiennes. Ablation d'un noyau fibromateux du volume d'une petite noix siégeant à la face postérieure de l'utérus.

L'ovaire droit est kystique dans son pôle inférieur. On greffe sa moitié supérieure dans l'épiploon. Fermeture en 3 plans. Mèche dans le Douglas. Suites opératoires normales.

Revue le 20 avril 1934, 2 mois après l'intervention. Les règles n'ont pas reparu. Bouffées de chaleur.

OBS. N° 32.

Salpingite bilatérale. Résection des annexes. Greffe ovarienne dans l'épiploon. Mort.

B... Véronique, 32 ans. *Intervention* le 13 mars 1934, avec le diagnostic d'appendicite et salpingite. Incision de Pfannenstiel. Appendicectomie avec enfouissement. Ablation des annexes plus malades à droite qu'à gauche. L'ovaire gauche est scléro-kystique. On résèque la portion antéro-externe qui est saine pour l'enfouir dans une bourse épiploïque. Mèche dans le Douglas.

Le lendemain intervention d'urgence avec le diagnostic d'hémorragie interne. On trouve effectivement dans le Douglas la valeur d'un bol de sang. Ne pouvant déterminer le point qui saigne on pratique l'hystérectomie.

Mort le 4^e jour avec signes d'infection péritonéale.

Conservation de l'utérus et d'un ovaire

SALPINGECTOMIE BILATERALE

AVEC CONSERVATION D'UN OVAIRE.

OBS. N° 33.

Salpingite bilatérale. Conservation de l'utérus et d'un ovaire. Echec. Réintervention.

R... Carmen, 29 ans. Souffre de salpingite depuis de très longs mois, aucunement améliorée par le traitement médical.

Intervention le 10 janvier 1925. On découvre une salpingite gauche assez importante et adhérente: ablation des annexes gauches. A droite, la trompe est entourée de quelques adhérences; après quelques hésitations, on se décide à l'enlever en conservant l'ovaire qui est intact. Comme l'utérus apparaît rétroversé, on termine en faisant un Doléris.

Dix mois après, cette femme revient parce qu'elle continue à souffrir du côté droit. Pas de leucorrhée.

Réintervention le 12 novembre 1925. L'ovaire droit est le siège de lésions apparemment peu importantes. Ablation de cet ovaire et hystérectomie subtotala. Appendicectomie.

Revue en janvier 1933. Ne souffre plus depuis la deuxième intervention.

OBS. N° 34.

Conservation de l'utérus et d'un ovaire. Echec ovariectomie avec greffe ovarienne dans l'épiploon. Guérison.

Voir l'observation

HYSTERECTOMIES FUNDIQUES.

OBS. N° 35.

Salpingite bilatérale. Hystérectomie fundique, avec conservation des 2 ovaires. Résultat médiocre.

Mme M..., 33 ans. Souffre du ventre depuis 10 ans. Depuis un an crises douloureuses intenses interdisant tout travail. A l'examen, masses annexielles bilatérales.

Intervention le 4 décembre 1924. Salpingite bilatérale assez importante à gauche. Hystérectomie fundique suivant la technique de LECENE, conservation des 2 ovaires. Fermeture sans drainage.

Revue en mars 1933. A souffert du ventre pendant 3 ans après l'intervention. Il a même été question d'une seconde opération. Cette femme a dû faire 3 cures à Luxeuil. Actuellement, elle souffre encore un peu de droit. Leucorrhée légère. Règles régulières peu abondantes.

OBS. N° 36.

Salpingite bilatérale. Hystérectomie fundique avec conservation d'un ovaire. Echec. Réintervention.

F... Angèle, 28 ans. Signes cliniques de salpingite bilatérale.

Intervention le 20 mars 1925. On découvre à gauche une salpingo-ovarite avec ovaire parsemé de petits kystes. Il est cependant moins malade qu'à droite où il existe également une salpingite importante. Hystérectomie fundique selon la technique de LECENE. Conservation de l'ovaire gauche dont on effondre les petits kystes au thermocautère.

On laisse un drain sus-pubien pendant 48 heures. Suites opératoires normales.

En mars 1926 cette femme revient parce qu'elle continue à souffrir, principalement au moment des règles. À gauche de l'utérus on sent une masse douloureuse.

Réintervention le 16 mars 1926. On tombe sur un magma d'adhérences, et une fois dégagé, l'utérus apparaît petit, avec à gauche, une masse inflammatoire qui englobe l'ovaire. A toute cette masse adhère l'épiploon, le côlon sigmoïde et une anse grêle. On est obligé pour faire l'hystérectomie de dégager ces adhérences. Le petit bassin est complètement dépéritonisé. Mickulicz à 3 mètres et fermeture en un plan au fil d'argent.

OBS. N° 37.

Salpingite bilatérale. Hystérectomie fundique avec conservation d'un ovaire. Guérison.

Y... Maria, 26 ans. Douleurs pelviennes et abdominales du côté droit.

Intervention le 19 mai 1925. L'appendice est entouré d'adhérences: appendicectomie sans enfouissement. D'autre part, les trompes sont gonflées, adhérentes, l'ovaire droit est également perdu dans les adhérences. Hystérectomie fundique d'exécution facile avec conservation de l'ovaire gauche qui est sain. Drain sus-pubien plongeant dans le Douglas, enlevé le 6^e jour. Suites opératoires normales.

Revue le 15 novembre 1932. Pas de douleurs pelviennes, mais légères douleurs lombaires. Leucorrhée. Règles régulières abondantes au début (3 jours); depuis un an moins abondantes (3 jours).

OBS. N° 38.

Salpingite bilatérale. Hystérectomie fundique avec conservation des 2 ovaires.

Ch., Fatmah. Syndrome salpingien aigu actuellement refroidi.

Intervention le 16 septembre 1926. Utérus petit avec trompes longues et turgescents: prolabées dans le Douglas; des adhérences lâches, péritonéales et épiploïques, coiffent des organes génitaux. Elles sont facilement décollées et l'on pratique une hystérectomie fundique en conservant les 2 ovaires qui se montrent sains. Mickulicz. Suites opératoires normales.

Index Bibliographique

- ARMAND (Louis). — Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites. *Th. de Lyon*, 1911-12.
- ASCHNER. — Zentr. für Gynäkologie, 1904. XXVIII, p. 455. *Wiener Klin. Woch.*, 1926.
- ATLEE. — Menstruation par le pédicule après une ovariectomie. *Amer. journ. of medic. Sciences*, 1877.
- AUBERT. — L'excision transversale cunéiforme du fond utérin. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*. VI, 1914.
- BANTOCK. — Menstruation après double ovariectomie. *Britan. gyn. Journal*, février 1889.
- BARON. — De la conservation ovarienne dans les hystérectomies. *Th. de Paris*, 1930-31.
- BEGOUIN. — Utérus ayant subi une hystérectomie fundique un an auparavant. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 705.
- BEUTTNER. — *Archiv. für Gynäkologie*, 1908, n° 32.
- BIZOU (Mlle). — Autogreffes ovariennes, leur intérêt pratique. *Th. de Paris*, 1932.
- BOUILLY. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. *Congrès fr. de Chirurgie*, 1891.
- BROcq et DUPEUX (Mlle). — Formations ovariennes après hystérectomie. *Rev. méd. française*, X, 1932.
- BUYS et VANDERVELDE. — Recherches expérimentales sur les lésions utérines consécutives à l'ovariotomie double. *Arch. ital. de Biologie*, 1894, p. 20.
- BYFORD. — Menstruation sans ovaire. *Discussion Amer. Gyn. Soc. in Surg. Gyn. and Obst.*, 1912, n° 2, p. 229.
- CAILLOT. — Conservation parcellaire de l'ovaire. *Th. de Lyon*, 1930.
- CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés. *Th. de Paris*, 1896.
- CHIPMAN. — Conservation of the ovary. *Surg. Gyn. and obst.*, 1911, XIII, 1^{er} juillet.

- COHN. — Keil résection des corpus utéri. *Archiv. für Gynœkologie*, 1907, t. 84, fasc. 1.
- CONVERT. — Les opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. *Th. de Lyon*, 1914.
- CORNIL et FIOLE. — Les formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consécutives à la castration totale. *Presse Médicale*, 30 oct. 1931.
- COSTANTINI et SCHERAT. — Salpingectomie bilatérale avec conservation de l'utérus. Résection des ovaires, conservation des règles. *Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 17 juin 1928, p. 563.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Masson, 1928.
- Sur l'hystérectomie fundique dans le traitement des salpingites chroniques bilatérales. *Soc. de Chir. de Lyon*, 24 mars 1927.
- Chirurgie conservatrice dans les salpingo-ovarites. *Gyn. et Obst.*, 1934, T. I, p. 28.
- COTTE et COLSON. — L'autogreffe ovarienne avec conservation de l'utérus dans le traitement de certaines salpingo-ovarites graves. *Gyn. et Obst.*, 1933, I, p. 16.
- DEUTSCHMANN. — Persistent menstruation after hysterectomy and bilatéral oophorectomy. *Med. Journ. and Record*, 2 juillet 1930.
- DEVOUASSOUX. — De la conservation de l'ovaire et de l'utérus après salpingectomie double. *Th. de Paris*, 1903.04.
- DORAN (Alban). — Pregnancy after removal of both ovaries for kystic tumours. *Obst. Society of London*, 1902.
- DÜRHSEN. — Keil résection des corpus utéri wegen chronische metritis. *Arch. für Gynäkologie*, 1908, t. 85.
- DUPLAY. — Ovaires supplémentaires; leur rôle dans la persistance des règles chez les ovariectomisées. *Bull. Soc. de Chir.*, 1885.
- EISENBERG-PAPERIN (Mme). — Contribution à l'étude des ovaires surnuméraires. *Th. de Paris*, 1911.
- ENGELMAN. — Menstruation après double ovariectomie. *Amer. Journ. of med. Sciences*, 1882.
- D'ERNST. — Les indications de l'hystérectomie fundique. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1930, p. 598.

- FERRY. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme. *Th. de Lyon*, 1907-08.
- FINDLEY. — Menstruation without ovaries. *Amer. Gyn. Soc. in Surg. Gyn. and Obst.*, 1922, T. II.
- GAUDART D'ALLAINES. — L'hystérectomie fundique. (Technique, indications, résultats). *Th. de Paris*, 1922.
- Résultats éloignés de l'hystérectomie fundique conservatrice. *Congr. de l'Ass. des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, oct. 1933.
- GILES. — A study of the after results of abdominal operation on the pelvic organs, based on a series of 1000 consecutive cases. *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, 1910, n° 4.
- GILLET. — Dégénérescence itérative de débris ovariens après castration totale. *Rev. fr. de Gyn. et d'Obst.*, 1925.
- GLOEWECKE. — *Arch. für Gynäkologie*, Bd XXXV, 1889.
- GOODELL. — Persistent menstruation after double ovariectomy. *Virginia med.*, 1889.
- GORDON (S.-C.). — Two pregnancies following removal of the both ovaries and tubes. *Gynec. Transactions*, 1896, Vol. XXI, p. 104.
- HÆGH. — *Zentr. für Gynäk.*, III, p. 378, 1878.
- tomie. *Soc. Obst. Leipzig in Zentr. für Gynäkologie*.
- HENNIG. — Ueber menstruation nach doppelter oophorectomie. *Soc. Obst. Leipzig in Zentr. für Gynœkologie*, 1904.
- JACKSON et GOODMAN. — *Amer. Journal of Obst.*, 1880, t. IX, p. 187.
- JACQUEMAIRE. — Les opérations conservatrices dans les salpingites bilatérales. *Journ. Med. de Paris*, 1928, p. 259.
- Opérations conservatrices dans le traitement des salpingites bilatérales. *Bull. de la Soc. des Chir. de Paris*, 1931, p. 373.
- JAYLE. — De l'état de la femme après castration ovarienne, utéro-ovarienne ou utérine simple. *Acad. de médecine*, 3 mai 1896.
- Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Pr. Méd.*, 29 août 1896, p. 438.

- JEANNEL. — Menstruation après double ovariectomie. 5°
Congrès fr. de Chirurgie, p. 208.
- KANEL. — Woprosson o wozrojdénig iaichniko voitkani.
Roussik Vrach, 1900, N° 13.
- KELLER. — L'ovaire surnuméraire et son origine. *La Gynécologie*, oct. 1927, p. 577.
- KOEBERLÉ. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie. *Art. Ovariectomie*.
- KOVATCHEVITCH. — Etude des résultats éloignés de l'hystérectomie fundique. *Th. de Paris*, 1924, U. 193.
- LABRY. — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales. *Th. de Lyon*, 1925-26.
- LECENE et GAUDDART d'ALLAINES. — Indications et technique de l'hystérectomie fundique avec conservation d'un ovaire. *J. de Chir.*, 1922, I, p. 561.
— Résultats éloignés de l'hystérectomie fundique. *Journ. de Chir.*, 1924, I, p. 628.
- LEGUEU. — Conservation de l'utérus et d'un ovaire. *Bull. Soc. nat. de Chirurgie*, 1905, p. 577.
- LIPSCHUTZ, WAGNER et TAMM. — Sur l'hypertrophie des fragments ovariens dans la castration partielle. *Soc. de Biologie*, 4 février 1922.
- LOEB. — Effects of hysterectomy on system of sex organs and on periodicity of sexual cycle in guinea pig. *Amer. Journ. Physiol.*, déc. 1927.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Revue de chirurgie*, 1885, p. 1035.
- MALCOLN. — *The Lancet*, Vol. II, p. 1227, 1903.
- MARTIN. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites. *Th. de Paris*, 1893.
- MASSABUAU et GUIBAL. — La thérapeutique conservatrice en gynécologie. *Rapport au Congr. de l'Ass. des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, oct. 1933.
- MAUCLAIRE et EISENBERG-PAPERIN (Mme). — L'ovaire surnuméraire. *Arch. gén. de chirurgie*, Paris 1911, VII, p. 755.
- MAYER. — Chirurgie conservatrice dans les annexites bilatérales. *Congr. fr. de chir.*, 1926.

- MICKLER. — Productions kystiques pelviennes survenant après castration totale chez la femme. *Th. de Nancy*, 1927.
- MOCQUOT et DE ROUVILLE. — Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. *Rapport au Congrès fr. de chirurgie*, 1926.
- MOLIN et CONDAMIN. — Résultats éloignés des opérations conservatrices pour salpingites. Considérations sur la cause et le traitement des insuccès. *Gyn. et Obst.*, mars 1928.
- NORRIS et VOGT. — The relation of the endométrium to ovarian function. *Surg. Gyn. and Obst.*, janvier 1924.
- ORMIERES. — Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie. *Th. de Paris*, 1880.
- PAGE et FERÉY. — Etude des résultats éloignés de la conservation des ovaires dans les hystérectomies. *Journ. des Praticiens*, 19 sept. 1925.
- PANKOW. — *Munchener Med. Woch.*, 1909, p. 269.
- PINESSE. — Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes. *Th. de Paris*, 1893-94.
- POZZI. — *Bull. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Ped. de Paris*, juillet 1905.
- *Traité de Gynécologie*, 1907, p. 771.
- POLACK. — Résultats éloignés de la conservation d'un ovaire après hystérectomie. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1911.
- RICHELOT. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes. *Ann. de Gynécologie*, avril 1891.
- ROCHET. — L'hystérectomie fundique dans le traitement des salpingites bilatérales. *Soc. de Chir. de Lyon*, 17 mars 1927.
- SANGER. — *Soc. Obst. Leipzig in Zentr. für Gynäkologie*, 1904, p. 361.
- SEGOND. — 5^e *Congrès français de chirurgie*.
- STANSBURG-SUTTON. — Double ovariectomy followed by pregnancy and delivery at term. *Gyn. Transactions*, 1896, Vol. XXI, p. 109.

- SOLER JULIÁ. — La conservación del utero solo en el tratamiento de las annexitis bilaterales.
- TAKAKUSU. — Gegenseitige Beeinflussung des Ovariums und des uterus. *Arch. f. Mikrosk., Anat. und Entwickl.*, 1924.
- TERRIER. — Remarques cliniques à propos de l'influence de l'ovariotomie double sur la menstruation. *Bull. et mém. Soc. de Chirurgie*, 1885, p. 785.
- Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. *5^e Congr. fr. de Chirurgie*.
- TERRILLON. — *5^e Congrès français de chirurgie*.
- TILLAUD. — Persistance de la menstruation après double ovariectomie. *Soc. de Chirurgie*, 18 novembre 1885.
- TUFFIER. — Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites. *Bull. Soc. de Chir.*, 7 juin 1905, p. 557.
- TUFFIER et MAUTÉ. — Les accidents de la ménopause artificielle. Etiologie. Pathogénie. *Pr. Médicale*, 23 novembre 1912.
- TUTTLE. — Regular menstruation after Tait's operation. *Amer. Journ. of Obst.*, t. 21.
- VAUTRIN. — De la dégénérescence kystique des ovaires après certaines interventions pour annexites chroniques. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1906, p. 74.
- VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.
- VILLARD. — Chirurgie conservatrice dans les annexites bilatérales. *Congr. fr. de Chirurgie* 1926, p. 422-30.
- Discussion sur l'hystérectomie fundique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 31 mars 1927.
- VILLARD et CAILLOT. — Conservation parcellaire de l'ovaire. *Paris Médical*, 19 décembre 1931.
- VILLARD et LABRY. — De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse. *Gyn. et Obst.*, 1927, I, p. 259.
- WATRIN et BRABANT. — La répercussion de l'hystérectomie sur l'histophysiologie ovarienne. *Arch. de Biologie*, 1932, p. 153.

WEBSTER. — Menstruation without ovaries. *Amer. Gyn. Society in Surg. Gyn. and Obst.*, 1912, N° 2, p. 229.

ZACHARIAS. — Etude sur l'aptitude fonctionnelle des restes ovariens. *Zentr. für Gynäkologie*, 1909.

ZALEWSKI. — Résultats éloignés, après 10 ans des oophorectomies et des hystérectomies. *Th. de Paris*, 1913-14.

Table des Matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — LA CONSERVATION DE L'UTÉRUS	
EST-ELLE DANGEREUSE ?	15
EST-IL LÉGITIME D'ENLEVER L'UTÉRUS POUR PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT ÉVENTUEL DE TUMEURS UTÉRINES ?	17
DOIT-ON CRAINDRE LA PERSISTANCE DE TROU- BLES MÉTRITIQUES ?	18
<i>L'endométrite peut-elle guérir après l'ablation des trompes ?</i>	19
<i>Comment expliquer la persistance de troubles métritiques, dans certains cas ?</i>	22
<i>Conclusions</i>	30
CHAPITRE II. — LA CONSERVATION DE L'UTERUS	
SEUL EST-ELLE INUTILE ?	33
STATISTIQUE PELVIENNE	35
TROUBLES DE LA CASTRATION	35
<i>Menstruation</i>	37
<i>Troubles de la ménopause chirurgicale.</i>	48
<i>Sens génésique</i>	51
<i>Conclusions</i>	52
CONCLUSIONS	53

OBSERVATIONS	57
CONSERVATION DE L'UTÉRUS SEUL	59
<i>Disparition de la menstruation</i>	59
<i>Persistance de la menstruation</i>	66
<i>Résultats éloignés inconnus</i>	72
CONSERVATION DE L'UTÉRUS AVEC GREFFE OVA- RIENNE	73
CONSERVATION DE L'UTÉRUS ET D'UN OVAIRE	76
<i>Salpingectomie bilatérale</i>	76
<i>Hystérectomie fundique</i>	77
 INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	 81

Vu : *Le Doyen*,
E. LEBLANC.

Vu : *Le Président du Jury*,
COSTANTINI.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 11 Mai 1934.

Le Recteur,
E. HARDY.

